## PRACE ORYGINALNE.

*Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.*

# KILKA UWAG KORYGUJĄCYCH NIEKTÓRE BŁĘDY LICZBOWE W REFERACIE DR. J. BEDNARZA,

## OGŁOSZONYM W „ROCZNIKU PSYCHJATRYCZNYM" 1927, VI., NA TEMAT: OBECNY STAN OPIEKI LEKARSKIEJ NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W POLSCE.

Skreślił

ALEKSANDER PIOTROWSKI.

Dr. Bednarz podaje w Roczniku Psychjatrycznym 1927, VI., na str. 68, w tablicy A, pod nr. 14, dla Województwa Poznańskiego następujące liczby dotyczące ilości psychicznie chorych, umieszczonych w Krajowych Zakładach Psychjatrycznych w dn. 1. I. 25:

TABLICA A.

*Liczba psychicznie chorych, ulokowanych w szpitalach oraz pozostających poza szpitalem w dniu 1 stycznia 1925 w Rzeczypospolitej.*

| Nr. Nr. | Województwa | Zaludnienie w dniu 1. 1. 25 | Zapotrzebowanie na miejsca w szpitalach | Ulokowano w szpitalach | | | | Pozostaje poza szpitalem | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Ogółem | w % | Przypada | | Ogółem | w % | Przypada | |
| | | | | | | 1 chory na mieszkańc. | chorych na 1000miesz. | | | 1 chory na mieszkańc. | chorych na 1000miesz. |
| 14 | Woj. Poznańskie | 1.967.649 | 1953 | 1140 | 58,3 | 1726 | 0,58 | 813 | 41,7 | 2420 | 0,42 |

a na str. 69, w tablicy B,—liczby rozporządzalnych „łóżek etatowych":

TABLICA B.

*Zapotrzebowanie na miejsca w szpitalach psychjatrycznych, a liczba rozporządzalnych łóżek etatowych w dniu 1. I. 25 w Rzeczypospolitej.*

| Nr. Nr. | Województwa | Zaludnienie | Zapotrzebowanie na miejsca w szpitalach | | | Jest łóżek | | | 1 łóżko na chorych |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Przypada | | |
| | | | Ogółem | 1 łóżko na mieszkańców | na 1000 mieszkańców łóżek | Ogółem | 1 łóżko na mieszkańców | na 1000 mieszkańców łóżek | |
| 14 | Woj. Poznańskie | 1.967.649 | 1953 | 1:1008 | 1,0 | 1784 | 1 : 1103 | 0,9 | 0,64 |

Tymczasem stan rzeczywisty przedstawiał się inaczej; mianowicie w zakładach poznańskich znajdowało się w dniu 1. I. 25 r.:

*psychicznie chorych:*

1) w Dziekance — 576
2) w Owińskach — 595
3) w Kościanie — 119

razem: 1290

a nie 1140, jak podaje autor w tablicy A.

*Łóżek* natomiast było:

1) w Dziekance — 971
2) w Owińskach — 1064
3) w Kościanie — 752

razem: 2787

a nie 1784, jak mylnie autor podaje w tablicy B.

Po potrąceniu 252 łóżek, wypożyczonych funkcjonarjuszom (Dziekanka — 71, Owińska — 144, Kościan — 37) pozostawało do użytku dla chorych psychicznie łóżek 2535, a więc po uwzględnieniu zapotrzebowania miejsc, które autor określił cyfrą 1953, — nadmiar łóżek wyrażał się liczbą 2535—1953=582.

Województwo Poznańskie dysponowało zatem znacznie większą ilością łóżek psychjatrycznych niż zapotrzebowanie miejpsc tego wymagało. Żaden wielkopolanin psychicznie chory nie potrzebował pozostawać bez opieki zakładowej, t. j. poza szpitalem, bo mógł każdej chwili znaleść pomieszczenie, opiekę i lecznie w zakładach.

Stosunek ilościowy łóżek do mieszkańców przedstawiał się jak 2535: 1.976.649 czyli 1:776, a nie 1:1103, jak mylinie podaje autor.

Liczba 776 jest wyższą od liczby Laehr'a (667); pochodzi to stąd, że dawniejsza prowincja poznańska posiadała 4 zakłady psychjatryczne, z których zakład Obrawalde (1 200 łóżek) koło Międzyrzecza przypadł Niemcom.

W dn. 1. I. 25 w Województwie Poznańskiem przypadło zatem na 1.000 mieszkańców 1,29 łóżek, a nie 0,9.

Niezajętych miejsc było 2535 — 1290 = 1245. Aby miejsca te wykorzystać, oddano część zakładu w Kościanie na inne cele, mianowicie do użytku szkoły dla głuchoniemych; pozatem przyjęto liczne rzesze chorych z innych województw.

Jeszcze korzystniej przedstawia się stan rzeczy obecnie. Województwo Poznańskie liczyło dnia 1. VIII. 27 r. — 1.967.865 mieszkańców. W tym dniu znajdowało się w zakładach województwa

*łóżek:*

| | | |
|---|---|---|
| 1) w Dziekance | — | 1121 |
| 2) w Owińskach | — | 1103 |
| 3) w Kościanie | — | 702 |
| razem: | | 2926 |

Po potrąceniu 306 łóżek (Dziekanka — 100, Owińska — 153, Kościan — 53), wypożyczonych personałowi, pozostaje miejsc psychjatrycznych 2620. Z tych zajętych jest przez chorych pochodzących z Województwa Poznańskiego 1331, jak wynika z następującego zestawienia:

| | *z Woj. Pozn.* | | *z inn. Woj.* | | *razem* |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) w Dziekance | 390 | + | 620 | = | 1010 |
| 2) w Owińskach | 826 | + | 68 | = | 894 |
| 3) w Kościanie | 115 | + | 205 | = | 320 |
| razem: | 1331 | + | 893 | = | 2224 |

Zapotrzebowanie miejsc określa cyfra 1968, t. zn. 1 łóżko na 1000 mieszkańców; jeżeli od faktycznej ilości łóżek potrącimy zapotrzebowanie miejsc, czyli 2620—1968, otrzymamy jeszcze 652 miejsca psychjatryczne in plus. Stosunek ilościowy łóżek do mieszkańców przedstawia się obecnie jak 1:751. Poznańskie może zatem zaspokoić własne potrzeby i oprócz tego może oddać 652 miejsca innym województwom.

Ponieważ obecnie w Poznańskiem tylko 1331 chorych potrzebuje koniecznie opieki zakładowej, więc ilość miejsc oddanych na inne cele jest znacznie większa. W każdym razie o tem, aby całe setki chorych pozostawały poza szpitalem, nie może być mowy.

Województwo Poznańskie posiada — tak jak zresztą i inne województwa zachodnie — instytucję opieki społecznej t. zw. „Krajowy Związek dla Ubogich", który na podstawie ustawy z dn.

11. lipca 1891 r. obowiązującej od 1. IV. 1893, oraz na podstawie regulaminu wykonawczego do tej ustawy z dn. 27. III. 1893, — jest zobowiązany do następujących świadczeń: umieszczenie w zakładach psychjatrycznych wszystkich chorych psychicznie, idjotów i epileptyków, potrzebujących opieki zakładowej i dostarczenie im środków leczniczych i pielęgnacji, — zaś społeczeństwo wielkopolskie jest obeznane ze sprawami opieki psychjatrycznej, — więc niema przeszkód ani materjalnych ani indywidualnych do umieszczenia każdego obywatela psychicznie chorego w zakładzie psychjatrycznym, i każda rodzina, która zauważy najlżejsze objawy zboczenia psychicznego wśród swoich członków, ma możność niezwłocznie umieścić chorego w zakładzie; poza zakładem pozostają tylko nieliczne wyjątki. Wobec tego cyfrę 813 wzgl. 41,7%, podaną przez autora na str. 68, w tablicy A w Roczniku Psychjatrycznym 1927, VI, pod nr. 14, określającą ilość osób psychicznie chorych, pozostających rzekomo poza szpitalem, uważać należy za fikcyjną i nierealną, za wyraz błędnej kalkulacji przeprowadzonej na podstawie nieprawdziwych liczb podstawowych. Mylne to obliczenie możnaby wytłómaczyć ewtl. okolicznością, że autor prawdopodobnie za podstawę do swoich kalkulacji wziął cyfry budżetowe, mianowicie dla Dziekanki — 600 miejsc, dla Owińsk — 600, dla Kościana — 270, t. j. ogółem 1470. Do budżetów wstawiono rozmyślnie niższe liczby łóżek, niż przedstawiał stan faktyczny, albowiem budżety dla zakładów poznańskich były — z powodu braku pacjentów — zestawiane nie według ilości miejsc, rozporządzalnych dla psychicznie chorych, lecz według liczby chorych leczonych w czasie zestawiania budżetów.

Atoli nawet, gdy uwzględnimy liczby budżetowe, to jeszcze otrzymamy inne wyniki niż te, które wymienia autor.

Wskutek nieścisłych liczb pierwotnych wszelkie obliczenia statystyczne zanotowane w referacie Dra Bednarza pod nr. 14 tablicy A, na str. 68 i tablicy B na str. 69 Rocznika Psychjatr. 1927/VI. są błędne i z tego powodu bezwartościowe, a co za tem idzie, wnioski na temat opieki psychjatrycznej w Województwie Poznańskiem, wysnute z błędnych obliczeń, nie mają realnej podstawy i nie przedstawiają wiarogodnego źródła informacyjnego dla ew. późniejszych badań.

---

*Hôpital psychiatrique public de Poznanie à Dziekanka. — Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.*

# QUELQUES REMARQUES CORRIGEANT LES DATES ERRONÉES DE DR. BEDNARZ Â PROPOS DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN POSNANIE.

par

AL. PIOTROWSKI.

Le 1. I. 1925 il y avait dans les trois hôpitaux de Posnanie 2535 places destinées pour des aliénés, dont seulement 1290 étaient occupées par des malades soignés dans les asiles et 1245 lits étaient libres. Considérant un lit sur 1000 habitants comme rélation normale, le pays de Posnanie avait alors besoin de 1953 lits pour des aliénés, mais en vérité elle avait 582 places de plus disponibles. L'assistance psychiatrique en Posnanie possédait un lit sur 776 habitants, (aujourd'hui 1:751) et non 1:1103.

*Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.*

# WZROST ILOŚCI PRZYJĘĆ ALKOHOLIKÓW.

podał

DR. WACŁ. JANUSZEWSKI, lekarz asystent.

Przeglądając statystyki zakładów psychjatrycznych i spostrzeżenia lekarskie, widzimy wzrost alkoholizmu od czasu wojny światowej.

Prof. Achard, prowadząc — w ciągu sześciu miesięcy 1926 r. — statystykę alkoholizmu w Szpitalu Beaujou, stwierdził, że z pośród 418 mężczyzn nowoprzyjętych do szpitala — 44, czyli 10,5%, wykazało wyraźne znamiona intoksykacji alkoholowej. Wśród kobiet ilość ta wynosiła 38, czyli 6,3%.

Prof. Jan Lépine, dyrektor kliniki dla psychicznie chorych w Lyonie, stwierdza, że z jednej strony wzrasta ilość przypadków wszystkch postaci psychoz opilczych, z drugiej strony zaznacza się wyraźny wzrost — dotąd względnie rzadkiego — alkoholizmu u kobiet.[1])

Meyer E.[2]) podaje statystykę przyjęć alkoholików w Królewcu, w której widzimy silny % wzrostu alkoholików. I tak przyjęto: mężczyzn: 1919/20 — 6,93%, 1920/21 — 8,71%, 1921/22 — 12,58%: kobiet: w r. 1919/20 — 0,2%; 1920/21 — 0,61%; 1921/22 — 2,18%.

W Rosji, gdzie w czasie wojny zaprowadzona była prohibicja, widzimy gwałtowny spadek ilości alkoholików, leczonych w tamtejszych zakładach. I tak przyjęto alkoholików: w r. 1912 — 9130; 1913 — 10.210; 1914 — 6.857; 1915 — 911; 1916 — kilka przypadków.

W 1921 r., w Tomsku, z całej Syberji przyjęć alkoholików było 3 na 1977 chorych. W ostatnich czasach, gdy zezwolono na używanie wina mocnego 18% i piwa, liczba alkoholików wyraźnie wzrasta[3]).

Prof. Amaldi[4]), obserwując psychozy alkoholowe we włoskich zakładach psychjatrycznych, podaje że w trzechleciu 1919—21 pa-

---

[1]) Pr. Paul Cazeneuve: Annales d'Hygiène publ. — Nr. 4, 1926.

[2]) Meyer E.: Die Zunahme von Trunksucht und Trunkenheit.

[3]) Prozorow: Psichiczeskija rastrojstrwa i ałkogol.

[4]) Prof. P. Amaldi: Alkoholizm a choroby psychiczne we Włoszech. — Nowiny Psychjatryczne, 1925, II.

cjenci, przyjęci z powodu psychozy alkoholowej do zakładów, stanowili 7,5% wszystkich przyjęć (mężczyźni — 11%, kobiety — 1,6%). W poszczególnych latach stosunek psychoz alkoholowych przedstawiał się następująco: 1919 r. — 6,0%; 1920 — 7,5%; 1921 — 9,2%.

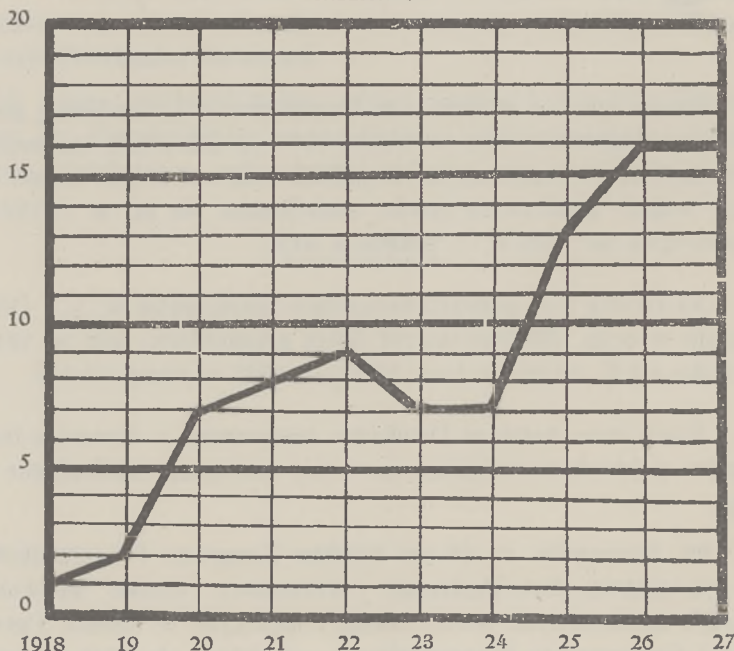
Obecnie chcę przedstawić dane statystyczne tyczące się alkoholików leczonych w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym Dziekanka w ciągu ostatnich dziesięciu lat (1918—27), przyczem rok 1927-y, objęty jest tylko do dnia 1. lipca.

I tak: w r. 1918 — 82 (1)[5]; 1919 — 61 (2 m. i 1 k.); 1920 — 158 (7); 1921 — 201 (8); 1922 — 153 (9); 1923 — 136 (7); 1924 — 98 (7); 1925 — 261 (13); 1926 — 205 (16); w 1-em półroczu 1927 r.— 129 (17).

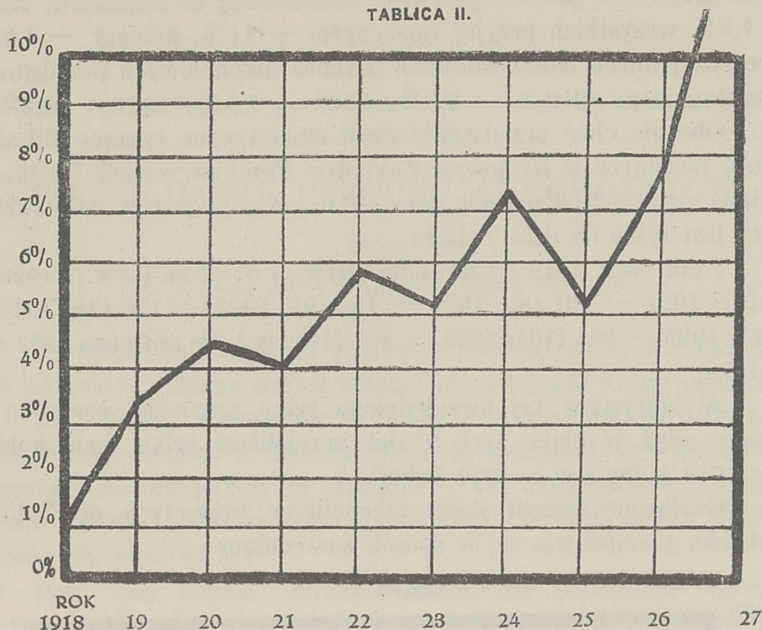
W statystyce tej uwzględniono tylko przyjęcia mężczyzn do zakładu, gdyż w ciągu tych 9½ lat przyjęliśmy tylko dwie kobiety (w r. 1919 jedną i w r. 1927 jedną).

Graficznie wzrost ilości alkoholików przyjętych do Zakładu Dziekanka przedstawia się w sposób następujący:

TABLICA I.




[5]) Liczby bez nawiasów oznaczają ogólną ilość nowoprzyjętych, liczby w nawiasach — ilość nowoprzyjętych alkoholików.




Na tablicy 1-ej widzimy, że krzywa ma stałą tendencję podnoszenia się. Jedynie w roku 1923-ym i 1924-ym jak gdyby załamuje się i idzie ku dołowi; tłumaczy się to jednak tem, że w tych latach ilość przyjęć wogóle gwałtownie opada, zmniejszając się np. w r. 1924 — w porównaniu do 1922 r. — prawie o 40%.

Na tablicy 2-ej przedstawiono ruch alkoholików w %. Odrazu rzuca się w oczy olbrzymi wzrost ilości alkoholików; gdy w 1918 r. było tylko 1,2%, to już w 1-em półroczu 1927 r. mamy 12,4%.

Jeżeli dane nasze w Dziekance porównamy z danemi z innych zakładów polskich, to widzimy, że i tam występuje analogiczne zjawisko.

Dr. Rzeczyska, na IV-ym Polskim Kongresie Przeciwalkoholowym, przedstawia dane ilustrujące procentowy wzrost alkoholizmu i psychoz alkoholowych wśród kobiet i mężczyzn w Klinice Psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego, od 1920 r. do 1925 r.; wzrost ten przedstawia się w sposób następujący: 1920 r. m. 2,08%, k. 0,0%; 1925 — m. 27,48%, k. 5,04%.

W Kochanówce pod Łodzią — według sprawozdania dyrektora szpitala dra B. Siwińskiego — leczono alkoholików: w 1922 r. — m. 8, k. 0; w 1923 r. — m. 20, k. 4; w 1924 r. — m. 24, k. 4; w 1925 r. — m. 19, k. 2.

Procentowo: 1922 r. — m. 3,98%, k. 0,0%; 1923 r. — m. 9,8%, k. 1,85%; 1924 r. — m. 9%, k. 1,5%; 1925 r. — m. 7,5%, k. 0,7%.

W rocznych sprawozdaniach Tworek nie uwzględniono coprawda specjalnie alkoholików, a zaliczono ich do pacjentów z zaburzeniem przy zatruciach zewnątrzpochodnych (alkoholizm, morfinizm itp.); widzimy również wzrost ilości narkomanów w 1924 r.; m. 16 (5%), k. 4 (1,71%); 1925 r. — m. 30 (6,95%), k. 5 (1,91%); 1926 r. — m. 20 (6,6%), k. 4 (1,77%).

Z zestawienia tego widzimy, że w Polsce i zagranicą, od czasu wojny światowej ilość alkoholików leczonych w zakładach psychjatrycznych stale wzrasta. Ten sam wzrost daje się zauważyć w Dziekance. Większość alkoholików stanowią mężczyźni. Przyrostu przyjęć kobiet z psychozą alkoholową nie dało się w Zakładzie Psychjatrycznym Dziekanka stwierdzić.

W końcu niech mi będzie wolno na tem miejscu podziękować p. Dyr. Dr. Piotrowskiemu za przekazanie mi powyższego tematu i za łaskawe udzielenie mi wskazówek i rad przy opracowaniu zadania.

---

*Hôpital Psychiatrique public du Pays de Poznanie à Dziekanka.*
*Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.*

# L'AUGMENTATION DU NOMBRE D'ADMISSIONS DES ALIÉNÉS ALCOOLIQUES.

par
le DR. W. JANUSZEWSKI.

L'auteur, après avoir cité quelques statistiques de l'étranger, discute la question de l'augmentation du nombre d'admissions des alcooliques dans les dernières années après la guerre mondiale. Partout on peut constater cette augmentation.

En Pologne de même le nombre des aliénés tombés malades à cause d'intoxication alcoolique s'augmente rapidement d'année en année,

A Dziekanka cette augmentation dans les années de 1918 jusqu'à 1927 se manifeste dans la série de 1,2 % pour l'année 1918 jusqu'à 12,4 % pour les mois janvier — juin 1927.

La plupart des psychoses alcooliques appartient au sexe masculin. Les femmes sont en tout petite minorité. A Dziekanka il n'y a que deux femmes qui sont tombées malades par suite d'alcoolisme.

*Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.*

# SPOSTRZEŻENIA PSYCHJATRYCZNE Z CZECHOSŁOWACJI.

Podał
AL. PIOTROWSKI.

Spitalnictwo psychjatryczne w Czechosłowacji stoi na wysokim poziomie. Państwo czechosłowackie posiada pierwszorzędne zakłady psychjatryczne, mianowicie: sześć w Czechach (Kosmonosy, Dobrany, Oporany,, Górne Berkowice, Bohnice i Niemiecki Bród), oraz trzy zakłady na Morawji (Brno, Sternberg i Kromieryż).

Dwa nowe wielkie zakłady powstaną wkrótce — w Hroznietynie i w Bratyslawji.

Zwiedziłem zakład w Dobranach (koło Pilzna) i dwa nowoczesne — w Bohnicech, koło Pragi, i w Kromieryżu, koło Prerowa. Przyjmowali mnie i informowali pp. dr. dr. M. Rosenzweig, Knapp i Machacek w Dobranach, dyr. dr. R. Smejkal, dr. Seifert w Bohnicech, dyr. dr. V. Navrat w Kromieryżu. Za szczodrze udzielane informacje wyrażam niniejszem moje podziękowanie.

Wymienione zakłady są zbudowane według rozpowszechnionego systemu pawilonowego; pawilony rozłożone naogół symetrycznie, mianowicie w ten sposób, że oś środkową zajmują zabudowania administracyjne i gospodarcze. Po obu stronach osi wznoszą się pawilony szpitalne. Zakłady czeskie robią na przybyszu sympatyczne wrażenie, albowiem budynki wykazują piękny styl architektoniczny. Wszystkie gmachy są białe i imponują artystycznie upiększonym frontem, i leżą w obszernych parkach; wszędzie dużo przestrzeni, miejsca, zieleni, światła i świeżego powietrza.

Ponurych widoków, jakie np. w zakładach polskich (z wyjątkiem zakładów galicyjskich) uderzają przybysza (koszarowy styl i więzienny wygląd nie należą do miłych wrażeń), — brak w zakładach czeskich. W stylu budowy tych zakładów uwypukla się postępowość i nowoczesność psychjatrji czeskiej. Psychicznie chory, dostawszy się w piękne otoczenie, odczuwa je przyjemnie.

Nietylko budowa, ale także bogato uposażone urządzenia wewnętrzne i techniczne, środki lecznicze, pracownie naukowe itp., świadczą o wysokim poziomie cywilizacyjnem zakładów czeskich.

Co się zaś tyczy strony leczniczej, sposobu traktowania chorych itp. należy podkreślić, że praktyka zakładowo-lekarska dąży w kierunku uprzyjemnienia pacjentom pobytu w zakładzie. Tu i owdzie spotyka się jeszcze reminiscencje przymusu, który jednakże przejawia się w formach łagodnych.

Na szczególną uwagę zasługuje sanatorjum dla pacjentów I-ej i II. klasy w Bohnicech koło Pragi. Sanatorjum dla nerwowo i lekko psychicznie chorych pacjentów samopłacących I-ej i II-ej klasy powinno znajdować się przy każdym zakładzie. To też zagranicą budują sanatorja przy nowszych zakładach psychjatrycznych.

Dużo troskliwości poświęca się urządzeniom kuchennym. Kuchnie są imponujące, lśniące od metalów błyszczących, czyste, obszerne, jasne, przewiewne, dobrze wentylowane.

Do kuchni głównej przylegają liczne kuchnie poboczne i ubikacje przeznaczone dla różnych celów kuchennych. Maszyny są pędzone siłą elektryczną. Ściany, pokryte polewanemi kaflami albo warstwą cementową i farbą olejną, znajdujemy nietylko w ubikacjach kuchennych, ale także i w łazienkach i w pawilonach szpitalnych. Budynki gospodarcze i pawilony szpitalne jako też warsztaty są zaopatrzone w najnowsze urządzenia techniczne, które gwarantują sprawne funkcjonowanie wszystkich części zakładu, czy to w dziedzinie służby szpitalnej, czy administracyjnej, czy gospodarczej.

Kontrola na wszystkich oddziałach jest bardzo ścisła, regularna i bezustanna, dzięki rozgałęzionej sieci telefonów i elektrycznych zegarów kontrolnych. Dla celów przyspieszonej komunikacji niejeden zakład posiada samochody ciężarowe, autobusy i samochody-dorożki.

Zakłady wspomniane należą do rzędu zakładów wielkich, t. zn. są obliczone na wielką ilość chorych, jak np. Dobrany — na 1.800, Bochnice — na 2.300.

W szczegółach godnych podkreślenia zakłady wymienione przedstawiają się w sposób następujący:

## I.
## ZAKŁAD DOBRANY.

Zakład wznosi się na płaskowzgórzu, opodal miasta Dobrany i został otwarty dla użytku publicznego dnia 15. września 1881 r. Jest to więc starsza instytucja, zbudowana symetrycznie według systemu pawilonowego.

Na osi środkowej leżą: gmach administracyjny, kaplica, kuchnia, hala maszyn, pralnia, łazienki, warsztaty, magazyny, kostnica i dom mieszkalny dla oddźwiernego. Po obu stronach osi środkowej rozmieszczone są pawilony dla chorych: po stronie południowej — dla mężczyzn, po stronie północnej — dla kobiet.

W części środkowej mieszczą się pawilony przeznaczone dla chorych wymagających stałej opieki i dozoru; pawilony te połączone są krytymi gankami. Na peryferji zakładu znajdują się pawilony dla chorych spokojnych, nie potrzebujących stałego dozoru.

Pawilony pierwszej kategorji są jednopiętrowe, inne — dwupiętrowe.

Poza parkanem zakładowym stoją: pawilon dla chorób zakaźnych, pawilony dla chorych pracujących w roli, oraz zabudowania folwarczne.

Na obwodzie rozległego parku znajdujemy sady i ogrody warzywne, w których pracują chorzy, nie mogący — ze względu na swą chorobę — pracować na folwarku, t. zn. poza obrębem zakładu. Dla chorych, nie nadających się do żadnej pracy, urządzono — obok poszczególnych pawilonów — ogrody okolone niskim parkanem.

Wnętrza pawilonów są przestronne, jasne, sale wysokie zawierają dostateczną ilość powietrza. Na wyszczególnienie zasługują wysokie, przewiewne pawilony przeznaczone dla chorych na gruźlicę.

Podłogi — parkietowe — zrobione są z drzewa dębowego. Ze względów praktycznych dobudowano w każdym pawilonie ubikacje dla celów gospodarczych jak: magazyny, pomywalnie, kuchenki podręczne i inn.

Pawilony ogrzewa się ciepłą wodą; tylko kolonje i pawilony dla chorób zakaźnych zaopatrzone są w piece kaflowe.

Zakład posiada własną kanalizację i oświetlenie elektryczne, oraz dostarcza światła także dla miasta Dobrany.

Gorącą wodę czerpie się z kotłów, znajdujących się w niektórych pawilonach. Jedna kotłownia zaopatruje 2—3 pawilony.

Zakład posiada własną piekarnię nowoczesną o zapędzie elektrycznym. W kuchni znajduje się dwanaście nowych kotłów niklowych (parowych) i kilka maszyn służących do przerabiania masła i krajania jarzyn. Pralnia zaopatrzona jest w podziemne urządzenia transmisyjne i w kotły do ogrzewania wody dla pralni, kuchni i łazienek.

Pawilony dla chorób zakaźnych posiadają nowoczesne urządzenia do dezynfekcji parą i formaldehydem.

Zakład może dać pomieszczenie ca. 1.800 chorym i zatrudnia personału pielęgniarskiego — przy 8-godzinnym dniu pracy — 423 osoby, mianowicie 221 mężczyzn i 202 kobiety; pozatem 9 lekarzy, 14 urzędników administracyjnych, 1 kapelana, 4 urzędników kancelaryjnych, 1 inspektora technicznego oraz odpowiednią ilość służby technicznej i gospodarczej.

Należy podkreślić, że zakład Dobrany jest bogato wyposażony w pracownie naukowe, laboratorja, posiada gabinet dla prac statystycznych, bibljotekę, nadto bogate urządzenia fizykoterapeutyczne.

## II.

## ZAKŁAD BOHNICE.

Do najwspanialszych, nowoczesnych zakładów psychjatrycznych należą Bohnice koło Pragi, położone na prawym brzegu Witawy, rozłożone symetrycznie i zbudowane również systemem pawilonowym. Budowę zakładu rozpoczęto w 1905 r., a ukończono w 1924 r.

Zakład składa się z trzech części głównych:

1) z pawilonów męskich i żeńskich dla III-ej klasy;
2) z t. zw. „sanatorjum" dla I-ej i II-ej klasy, oraz
3) z kolonji dla chorych, pracujących na roli.

Budynki służące dla celów ogólno-zakładowych jak: gmach administracyjny, kościół, kuchnia, pralnia, hala maszyn, kotłownia, warsztaty mieszczą się na środkowej osi terenu. Na prawo i na lewo od osi środkowej rozmieszczone są pawilony dla chorych.

Wzdłuż szosy, po obu stronach gmachu administracyjnego, znajdują się: wila dyrektora, wile lekarzy i mieszkania urzędników, dalej osobna kolonja, t. j. domy mieszkalne dla personału pielęgniarskiego.

Na przeciwległym krańcu zakładu mieszczą się: domy mieszkalne dla służby, pawilony dla chorych pracujących na roli, lazarety (męski i żeński), składnica węgla, dom mieszkalny dla odźwiernego, kostnica i folwark.

***Gmach administracyjny*** przedstawia się jako okazały jednopiętrowy budynek, w którym mieszczą się gabinety lekarskie i biura: na parterze — zakładowa centrala telefonów i telefon pozamiejscowy, pokoje przyjęć dla chorych, poczekalnia dla chorych, poczekalnia dla petentów, apteka i inn., na pierwszem piętrze — gabinety, biura, sala konferencyjna, bibljoteka lekarska i bibljoteka beletrystyczna. Bibljoteka lekarska zawiera 2.100 dzieł, beletrystyczna — przeszło 9.000. W 1925 r. wydano na cele bibljoteczne zgórą 25.500 koron.

Apteka ma własnego magistra pharm. Lekarstwa sporządza się nietylko dla chorych, lecz i dla urzędników i funkcjonarjuszy zakładu, oraz ich rodzin.

Za gmachem administracyjnym wznosi się piękny, okazały ***kościół*** w zmodernizowanym stylu romańskim.

Na dalszym planie położony jest ***budynek kuchenny***. W kuchni mieści się 19 wielkich kotłów niklowych, 2 kotły do kawy, 6 kotłów niklowych do mleka, i inn. Gotuje się na parze o niskiem ciśnienniu. Do przygotowania pieczeni służą 2 angielki. W gmachu kuchennym mieszczą się pozatem: śpiżarnie, pomywalnie, strugarnie do ziemniaków i jarzyn. Odnośne prace wykonują chore pod dozorem pielęgniarek.

Personał kuchenny stanowią: 3 urzędnicy, 1 kucharz, 3 kucharki, 23 pomocnice, 3 rzeźnicy i 1 pomocnik kucharski. Kucharki i dziewczęta pracują 60 godzin w tygodniu.

Chorzy III-ej klasy otrzymują codziennie — prócz piątków — mięso. Na śniadanie — kawę i bułki, na obiad — mięso, na kolację — jarzynę i chleb (250 gr) z masłem.

Pacjenci I-ej i II-ej klasy otrzymują codziennie pieczeń. W piątek — zamiast mięsa — rybę lub inne potrawy postne.

W budynku kuchennym znajdują się pozatem: magazyny, rzeźnia, piekarnia i kantyna dla personału. ***Piekarnia*** — z urządzeniem elektrycznem — zaopatruje w chleb i pieczywo nietylko zakład bohnicki, lecz i zakład psychjatryczny w Pradze. Zapotrzebowanie roczne mąki wynosi 550.000 kg. W piekarni pracuje 2 piekarzy i 16 czeladników (po 8 godzin — na 2 zmiany).

W piwnicy budynku kuchennego mieszczą się: chłodne komory do przechowywania mięsa, mleka i piwa oraz lodownia.

W osobnym, rozległym budynku znajduje się ***pralnia,*** ślusarnia i hala maszyn. Pierwsze piętro przeznaczone jest na mieszkania dla służby kuchennej.

Pralnia ma urządzenia nowoczesne: 4 kotły do gotowania bielizny, 7 bębnów, 5 wyżymaczek i magle.

Na wzmiankę zasługuje suszarnia, która w ciągu dwóch godzin suszy bieliznę. Wszystkie maszyny pędzone są siłą elektryczną.

Obok pralni są ustawione łaźnie parowe: wielka łaźnia zawiera 14 wanien, pozatem mieści się tam szereg kabin dla mężczyzn i kobiet, każda o jednej wannie.

Opodal znajduje się ***kotłownia,*** zaopatrzona w 4 kotły parowe systemu Tischbeina.

***Budynek warsztatowy*** obejmuje różne warsztaty, w których zatrudnia się chorych zdolnych do pracy. Pozatem, w budynku tym mieści się garaż na dwa samochody: jeden samochód-dorożkę, drugi — autobus, służący do transportu chorych, dzieci szkolnych, chorego personału. Budynek warsztatowy zawiera też mieszkania dla 44 osób służby technicznej, mieszkania dla głównego dozorcy i dla 4 dozorców.

Ogrzewanie uskutecznia się z 3 centrali: 1) z kotłowni głównej, 2) z kotłowni umieszczonej w piwnicy pawilonu B2, 3) z kotłowni mieszczącej się w jednem z zabudowań folwarcznych — dla ogrzewania budynków na folwarku.

***Wodę użytkową*** czerpie się z 8 studni artezyjskich położonych na prawym brzegu rzeki. Rury wodociągowe ułożone są pod ziemią. Wodę przeprowadza się przez filtry.

***Wody do picia*** dostarczają obficie trzy studnie, na 16—20 m głębokie, a oddalone o 70—120 m od gmachu administracyjnego. Na 8 m od studzien nie wolno mierzwić, aby zapobiec zanieczyszczeniu wody. Czerpie się ją elektromotorem, następnie pędzi do rezerwoaru, skąd przechodzi do pawilonów i domów mieszkalnych.

***Odpływy*** odprowadza się — po przefiltrowaniu — do rzeki.

***Szpitalna część zakładu*** mieści się w 21 pawilonach; pawilonów dla mężczyzn jest ogółem 11, dla kobiet — 10 (niema pawilonu dla kobiet kryminalnych).

Każdy pawilon posiada salę dzienną (bawialnię), sypialnie, gabinet dla lekarza, kuchenkę, umywalnię, łazienkę, komorę, mieszkanie dla pielęgniarza oddziałowego itd. Wszędzie jest światło elektryczne, ciepła i zimna woda, w ustępach — porcelanowe klozety. Wszędzie posadzki. Werandy położone są od strony ogrodu. W pawilonie dla chorych na gruźlicę werandy zajmują całą południową stronę budynku; chorzy leżą na leżakach. Podłogi pokryte są linoleum.

Pawilony dla niespokojnych posiadają izolatki z oknami o grubych szybach. Oddziały dla chorych niebezpiecznych mają okna zakratowane.

Parterowy pawilon izolacyjny dla chorób zakaźnych ma 30 łóżek: 15 dla mężczyzn, 15 dla kobiet.

Personał wolny od służby nie przebywa w pawilonach, lecz we własnych mieszkaniach — w domach pielęgniarskich.

Dla ca. 200 pacjentów samopłacących I-ej i II-ej klasy wybudowano w pięknym parku wspaniałe ***sanatorjum,*** składające się z 8 budynków: 4 pawilonów dla panów, 3 dla pań i teatr. Teatr przeznaczony jest na przedstawienia i zabawy taneczne. Jest i plac tenisowy.

Każdy pacjent I-ej klasy ma osobny pokój; pacjenci II-ej klasy mieszkają po dwóch (i więcej) w jednym pokoju. Sanatorjum ma własną kuchnię i kotłownię.

*Oddziały dla pacjentów pracujących na roli* składają się z 6 pawilonów z 300 łóżkami.

Chorych zajętych pracą jest 15—20%. Chorzy, pracujący na roli, w warsztatach zakładowych itp., otrzymują obfitszy pokarm, pozatem dodatki jak: piwo, kawę, mleko, tytoń i in. Dla chorych tych urządza się co rok dożynki. *Bez pracy chorych zakład bohnicki nie mógłby istnieć.* Ilość chorych pracujących na roli zwiększa się w czasie żniw. Pozatem pewna ilość chorych pozostających na pawilonach zatrudniona jest pomywaniem statków, zamiataniem itp.

Do pawilonów, przeznaczonych dla chorych, pracujących na roli, przylega folwark i sad. Cały teren zakładu wynosi ogółem 303 ha; z tych 64 ha zajmują zabudowania zakładowo-lecznicze i gospodarcze, park — 25 ha, resztę zaś — folwark zakładowy i ogrody. Folwark przyczynia się wydatnie do samowystarczalności zakładu. Posiada on: 60 krów dojnych, 25 jałówek, 12 wołów roboczych, 7 par koni i 25 świń. Roczna produkcja mleka wynosi ca. 100.000 l.

Ogrodnictwo zajmuje obszar 6 ha i zaopatruje zakład w jarzynę i owoce, oraz w kwiaty. W ogrodzie warzywnym pracują chorzy pod dozorem personału pielęgniarskiego — pod kierownictwem jednego ogrodowego i 2 pomocników.

Opodal pawilonów dla chorych pracujących znajduje się *kostnica* z kaplicą pogrzebową, prosektorjum, laboratorjum serologicznem i bakterjologicznem oraz mieszkanie dla personału.

Zakład dba o dobór wykwalifikowanego i inteligentnego personału, któryby ułatwiał pracę lekarzom. Personał uczęszcza na kursy pielęgniarstwa. Zakład stara się przedewszystkiem zapewnić sobie pracowników stałych, wykwalifikowanych. Do celu tego dąży się przyznaniem personałowi wystarczających pensji (w gotówce i w naturze), ustalaniem go po czteroletniej służbie w zakładzie, ubezpieczeniem go na wypadek choroby, przyznaniem zapomóg w razie śmierci, przyznaniem urlopów (od 3 do 21 dni). Ustalonemu personałowi żonatemu płaci zakład 50% dodatku, personałowi samotnemu — 25%, czem umożliwia mu założenie rodziny.

Zasadniczo obowiązuje praca 8-godzinna, za wyjątkiem funkcjonarjuszy pracujących po 60 godzin na tydzień. Ośmiogodzinny dzień pracy nie obowiązuje również personału dozorującego chorych

przy pracy na roli i w ogrodnictwie, oraz personału pracującego na oddziałach dla chorych niebezpiecznych.

Każdy pawilon zatrudnia 21 pielęgniarzy wzgl. pielęgniarek, rozdzielonych na 7 grup po 3 osoby: 3 grupy pełnią służbę dzienną (= 9 piel.), 2 grupy — służbę nocną (=), 2 grupy — na urlopie (=6).

Bezpośrednie dozorowanie personalu pielęgniarskiego należy do pielęgniarzy-oddziałowych i do nadpielęgniarzy wzgl. nadpielęgniarek, tak że ogółem pełni służbę na jednym pawilonie 23 pielęgniarzy wzgl. pielęgniarek. Prócz pensji otrzymują oddziałowi i dozorujący na większych oddziałach — dodatek 25 koron, na mniejszych — 15 koron. Z końcem roku kierownik administracji wypłaca oddziałowym, którzy pełnili swe obowiązki beznagannie, nagrody do wysokości 100 koron.

Personał pełni służbę w tygodniu — 3 dni (po 12 godzin) i 2 noce (po 12 godzin), ogółem więc 5×12=60 godzin. Służba dzienna trwa od godz. 6,30 rano do godz. 6,30 wieczór, nocna zaś — od godz. 6,30 wieczór do godz. 6,30 rano.

Służbę nocną kontroluje się często. Używane są w zakładzie zegarki kontrolne (elektryczne) systemu „Vigil" — firmy Fricz.

Personał nadpielęgniarski składa się z 4 nadpielęgniarzy i 3 nadpielęgniarek, których również obowiązuje służba 60-godzinna.

Zakład posiada mieszkania dla 450 pielęgniarzy i pielęgniarek, w tem 4 wielkie budynki dla personalu samotnego (2 dla mężczyzn, 2 dla kobiet). W budynkach, przeznaczonych dla samotnych, mieści się ogółem 144 pokoi (przeciętnie 3 osoby w jednym pokoju). W każdym budynku znajdują się łazienki, pralnia, składnica węgla i in.

Personał pielęgnarski kupuje strawę — gdy pełni służbę — od zakładu i płaci za żywienie 7 koron dziennie.

Po służbie jednorocznej, podczas której uczęszcza na kursy pielęgniarstwa, odbywające się w zakładzie, personał składa egzamin przed komisją.

Zakład ma dyrektora-lekarza, administratora i kontrolera. Ogółem zatrudnionych jest: 15 lekarzy, 1 kapelan, 25 urzędników administracyjnych i kancelaryjnych, 2 urzędników gospodarczych, 194 służby, oraz 671 pielęgniarzy i pielęgniarek.

Budżet zakładu wynosi przeszło 27 miljonów koron, czyli ca. 6,5 miljonów złotych.

III.

## ZAKŁAD W KROMIERYŻU.

Zakład zbudowano w latach 1904—1908, w odległości 1 klm od centrum miasta, na terenie 26,6 ha, naprzeciw szpitala miejskiego; do zakładu przylega kolonja rolnicza o powierzchni 56 ha.

Budynki położone na osi środkowej terenu zakładu służą (z wyjątkiem szpitala znajdującego się na krańcu północnym) dla celów administracyjnych i gospodarczych; po prawej i lewej stronie osi środkowej rozmieszczone są pawilony dla chorych. Wzdłuż szosy wznoszą się domy mieszkalne dla lekarzy i urzędników; na krańcu północnowschodnim znajduje się kostnica.

Zachodnia grupa budynków (strona męska) liczy o cztery budynki więcej (2 pawilony dla obłożnie chorych, 1 pawilon dla chorych pracujących na roli, 1 budynek warsztatowy), aniżeli grupa żeńska i przylega do kolonji rolniczej.

Na południowym krańcu osi środkowej leży okazały *gmach administracyjny,* w którym się mieszczą biura, ubikacje urzędowe dyrektora i lekarzy, kasyno, teatr na 500 osób, bibljoteka i mieszkania urzędników.

Za gmachem administracyjnym wznosi się stylowy *kościół.*

Za kościołem *budynek kuchenny,* mieszczący kuchnie główną, zaopatrzoną w wentylator elektryczny. W kuchni pod ścianą stoi piec gazowy do przyrządzania porcji w mniejszych ilościach, oraz dwa rezerwowe kotły miedziane z ogrzewaniem bezpośredniem. W środku kuchni stoi 8 kotłów niklowych o pojemności ogólnej 2.300 l; 2 kotły można używać jako parowniki do ziemniaków. Pozatem — 2 maszynki do gotowania mleka (à 150 l) i jedna do gotowania kawy (150 l). Naprzeciw okna, którem się wydaje potrawy, stoją dwie ogrzewalnie parowe. Do pomywania naczyń w pomywalni służą 4 baseny betonowe emaljowane. Podobne baseny (do płukania jarzyn) znajdują się w strugarni. Odpływy kieruje się w części do rezerwoaru, znajdującego się na dziedzińcu, w części zaś bezpośrednio do kanału. Struganie ziemniaków i krajanie jarzyn odbywa się maszynowo — zapędem elektrycznym.

Obok kuchni głównej mieszczą się: biuro klucznika, magazyn podręczny gospodyni, rzeźnia i wytwórnia kiszek (z maszyną elektryczną i kotłem parowym do gotowania), komory do jarzyn, pomywalnia, strugarnia, mleczarnia, palarnia kawy oraz główny magazyn żywnościowy, piekarnia o dwóch piecach (systemu Werner-Pfleiderer),

urządzona wedle najnowszych wymogów techniki piekarskiej, jadalnia dla personału kuchennego, garderoba z ustępem, kuchnia do wypieku potraw mącznych. Na pierwszem piętrze mieszczą się — z frontu — mieszkania dla personału kuchennego, rzeźnickiego i piekarskiego. Od strony północnej znajduje się pralnia dla bielizny kuchennej oraz suszarnia i prasowalnia. Poddasze służy przeważnie jako magazyn. W piwnicy znajdują się komory do wyrobu wody sodowej, do krajania kapusty, zbiornik mleka oraz komory do przechowania wina i piwa. Lodownia może pomieścić 250 wozów lodu. Od strony zachodniej przylega do budynku kuchennego małe podwórko z kurnikami.

W pobliżu kuchni wznosi się *kotłownia,* posiadająca kotły parowe o wysokiem ciśnieniu (systemu Tischbeina). Parę przeprowadza się rurami do rozdzielacza umieszczonego w ścianie, na wysokości górnego brzegu omurowania kotłów. Wodę służącą do ogrzewania pawilonów pędzi się za pomocą trzech pomp centryfugalnych oraz jednego motoru elektrycznego przez cały system kaloryferów. Obok pomp centryfugalnych znajduje się regulator normujący obieg ogrzewanej wody. Na ścianie, ponad pompami, umieszczony jest rozdzielacz dla wszystkich przewodów pary i wody, wiodących przez podziemne kanały do kuchni i pralni oraz do pawilonów.

Na pierwszem i na drugiem piętrze mieszkają maszyniści; na parterze mieszczą się warsztaty kowalskie i ślusarskie, oraz magazyny, w suterynach zaś — składnica węgla. Na dziedzińcu znajduje się *kryta* składnica węgla oraz wielka waga.

*Pralnia* jest w części parterowa, w części jednopiętrowa i zawiera nowoczesne urządzenia z zapędem elektrycznym. W pralni mieszczą się również komory do dezinfekcji bielizny zakażonej.

Do pralni przylega — od strony południowej — suszarnia zaopatrzona w motor z zapędem elektrycznym. Obok suszarni znajduje się pokój służący do układania czystej bielizny, i magiel elektryczny, dalej — składnica bielizny i pokój, w którym wydaje się bieliznę na poszczególne pawilony. Bieliznę zniszczoną wciąga się windą do szwalni położonej na piętrze. Pozatem mieszczą się tam: jadalnia dla personału, garderoba i ustępy, oraz mieszkania dozorczyń i praczek.

U wejścia do zakładu stoją domy mieszkalne odźwiernego i woźnego. Mieszkanie odźwiernego jest połączone z pokojem służbowym i centralą telefonów.

Po obu stronach głównego gmachu administracyjnego wznoszą się domy mieszkalne dla lekarzy i urzędników, oraz wila dyrektora.

Opodal tych wil znajdują się *pawilony pensjonarskie* urządzeniem nie różniące się w niczem od mieszkań prywatnych. Przebywają tam tylko spokojni pacjenci.

*Pawilony obserwacyjne* dają pomieszczenie dla 40 chorych. Zawierają one po 2 duże sypialnie (po 10 łożek), połączone z bawialnią, łazienki, gabinet lekarski (z osobnem wejściem dla nowoprzyjętych), sypialnie mniejsze (po 2 łóżka, 2 pokoiki zaś na 1 łóżko), izolatki, ustępy i in. Z sali dziennej wychodzi się na otwartą werandę i do ogrodu.

Na pierwszem piętrze mieszczą się: szatnia, pokój dla personalu (5 łóżek), sypialnia dla chorych (10 łóżek), umywalnia oraz pokój dla personału pełniącego służbę nocną. Na poddaszu mieszczą się magazyny, w piwnicy — pracownie.

*Oddziały obserwacyjne dla chorych niespokojnych* są jednopiętrowe. Na każdem piętrze mieszczą się samodzielne oddziały po 22—23 łóżek. Oddziały te różnią się od poprzednich tem, że zawierają więcej izolatek i że weranda jest zaopatrzona w siatkę z drutu. W piwnicy znajdują się warsztaty.

*Pawilony dla chorych niespokojnych,* również jednopiętrowe, zawierają po 2 samodzielne oddziały, każdy po 22—23 łóżek. U wejścia znajduje się pokój dla odwiedzających, a na piętrze — telefon dla nocnej straży. Pozatem — magazyn, pokój dla trzech pielęgniarzy, 2 bawialnie, umywalnia, sypialnie (po 4 i 7 łóżek), pomywalnia i łazienka, ustępy, oraz 14 izolatek. W piwnicach mieszczą się kotłownie do centralnego ogrzewania, oraz 3 wielkie pracownie z wejściem osobnem.

*Pawilony dla spokojniejszych,* położone obok budynku kuchennego, są jednopiętrowe i zawierają po 2 oddziały, kazdy na 34 chorych i po 3 izolatki.

*Pawilony dla niedołężnych* (2 po stronie męskiej, 2 po żeńskiej) są również jednopiętrowe. W każdym mieszczą się dwa oddziały po 33 łóżka.

*Pawilony dla spokojnych* (jednopiętrowe) mieszczą po dwa oddziały. Na parterze znajdują się bawialnie i ubikacje uboczne; na piętrze — sypialnie. Jeden oddział może pomieścić 30 chorych i 3 pielęgniarzy. W piwnicy znajdują się magazyny i pracownie.

*Chorzy, pracujący w warsztatach,* mieszkają w pawilonie jednopiętrowym, dającym pomieszczenie 35—38 chorym. W piwnicy mieszczą się warsztaty, mianowicie: stolarski, malarski i tapicerski, kuźnia, koszykarnia; na parterze — bawialnie, pozatem warsztat krawiecki,

szewiecki i introligatorski; na piętrze — garderoba, magazyn, umywalnia, sypialnie i ustępy.

*Pawilon dla chorych, pracujących na roli,* urządzony jest podobnie jak oddział dla spokojnych, z tą tylko różnicą, że mieści jeden oddział dla 40 chorych. Piwnice (z osobnem wejściem) oraz poddasze służą jako składnice jarzyn i owocu.

*Lazaret* składa się z trzech odrębnych części. W środkowej, na parterze, mieszczą się ambulatorja lekarskie i pracownie (osobne dla mężczyzn i kobiet), poczekalnia dla pań (z osobnem wejściem), winda poczekalnia dla panów, sala operacyjna, sala do sterylizacji, magazyn do waty i bandaży, ustępy (z osobnem wejściem dla pań). W ambulatorjach znajdują się przenośne aparaty elektroterapeutyczne. Ubikacje położone na pierwszem piętrze służą jako laboratorja dla mikroskopji, chemji, endoskopji, fotografji itd.

Na każdem piętrze mieści się sypialnia na 15 łóżek: na parterze — dla chorób somatycznych niezakaźnych, na piętrze — dla gruźliczych.

Każdy z tych czterech oddziałów można łatwo izolować, ponieważ oddziały położone na parterze są — w razie potrzeby — dostępne z werandy.

*Lazaret dla chorób zakaźnych* mały budynek parterowy, posiada 5 łóżek dla pań i 5 dla panów. Oddział męski jest oddzielony kurytarzem i pokojem lekarskim od oddziału żeńskiego. Z kurytarza wchodzi lekarz przez pokój pielęgniarski do sali chorych. Sypialnia ogólna ma trzy wejścia wzgl. wyjścia: jedno dla nowoprzyjętych, jedno dla wyleczonych (przez łazienkę, gdzie chory — przed opuszczeniem pawilonu — zmienia bieliznę) i jedno z ogrodu.

Osoba, podająca chorym potrawy, nie jest narażona na kontakt z nimi. W piwnicy znajdują się naczynia, zawierające płyn do dezinfekcji bielizny; wejścia do piwnicy znajdują się z zewnątrz i są dla każdego oddziału osobne. Odpływy lazaretu odprowadza się do specjalnego zbiornka, tam poddaje się je dezinfekcji i odprowadza następnie do kanałów.

*Kostnica,* w części parterowa, w części jednopiętrowa, zawiera kaplicę, windę do zwłok, ubieralnię, salę do autopsji, pracownię do badań anatomo-patologicznych, łazienkę i ustęp. Na piętrze mieszczą się dwa mieszkania dla służby.

W kierunku zachodnim od pawilonu dla pracowników rolnych leży *kolonja rolnicza* Wszystkie budynki zaopatrzone są w oświetlenie elektryczne.

Obok dziedzińca znajduje się *oranżerja* i dom mieszkalny ogrodowego. Oranżerję ogrzewa kocioł umieszczony w piwnicy.

Wszystkie pawilony dla chorych (z wyjątkiem trzech) mają płaskie betonowe dachy. Budynki gospodarcze i mieszkalne mają dachy z cementu. Wszystkie budynki są zaopatrzone w gromochrony.

Okna w pawilonach są dwuskrzydłowe; w pawilonach dla niespokojnych posiadają one grube szyby (13 mm).

Drzwi są — wedle potrzeby — jedno — wzgl. dwuczęściowe. Drzwi izolatek wykonane są z dwóch warstw i zaopatrzone w okienko do obserwowania chorych.

***Ściany*** oddziałów są ***pokryte*** (do wysokości 2 m) ***warstwą cementową i pomalowane farbą olejną, w łazienkach — wyłożone polewanymi białymi kaflami.***

Podłoga jest pokryta posadzką lub linoleum. Zakład ma oświetlenie gazowe i elektryczne, dostarczone przez miasto.

Ogrzewanie centralne uskutecznia się w czterech centralach. Kotły są systemu Heinholza, Koertinga i Bolze'go. Wielka kotłownia do centralnego ogrzewania wodą (z zapędem mechanicznym systemu Bohlze'go) zawiera 4 kotły. Ogrzana woda (pędzona za pomocą pomp centryfugalnych przez cały system przewodowy) ogrzewa i służy równocześnie do gotowania wody (system Boilera). Obok wspomnianych kotłów znajdują się dwa kotły parowe o wysokiem ciśnieniu, systemu Tischbeina, służące do wytwarzania pary dla kuchni i pralni. W kotłowni i w pralni znajdują się aparaty kontrolne. Wentylacja jest podwójna. Sale są zaopatrzone w elektrowentylatory.

Wody dostarcza miasto, ponieważ próby podjęte w zakładzie (do głębokości 220 m) nie dały wyników pomyślnych.

Ustępy są zaopatrzone w przepłukiwanie mechaniczne.

Woda deszczowa spływa rynsztokami betonowymi do miejskiego kanału.

Wszystkie budynki są połączone ze sobą telefonem: w dzień — za pośrednictwem centrali w pokoju służbowym odźwiernego, w nocy — za pośrednictwem centrali w pawilonie dla niespokojnych chorych.

## WNIOSKI.

Spostrzeżenia poczynione podczas zwiedzania zakładów nasuwają następujące wnioski:

Pod względem psychjatrycznym zakłady wspomniane nie zawierają niczego, coby było godnem naśladowania, albowiem stosowanie tam metod, jak: odosobnienie chorych w izolatkach, przetrzy-

mywanie ich w łóżkach siatkowych i pod pościelą, zawijania kocowe, zastrzykiwania środków uspokajających, kraty w oknach, nie jest racjonalne. Metody te uznałem jako szkodliwe i już przed laty zarzuciłem.

Pod względem administracyjnym zakłady czechosłowackie nie różnią się zasadniczo od zakładów w innych krajach Europy i jako instytucje przeważnie samorządowe są administrowane w podobny sposób jak zakłady w Polsce zachodniej. Na czele administracji zakładu stoi lekarz-psychjatra jako dyrektor, który jednakże nie administruje osobiście, lecz tylko kieruje administracją.

Godną naśladowania jest architektura zakładów czeskich, której brak niestety Dziekance. Zakład Dziekanka ma wygląd ponury z powodu brzydkiego stylu koszarowo-więziennego poszczególnych budynków, zbudowanych z czerwonej surowej cegły. Moment ten działa sugestywnie na chorą psyche pacjenta i to w ujemnem znaczeniu.

W Dziekance brak sanatorjum dla nerwowo chorych samopłacących I-ej i II-ej klasy. W ubiegłych latach już kilkakrotnie przedstawiałem projekt (cfr. pisma z dn. 13. 7. 20 i z dn. 14. 7. 24, l. dz. 2989/24) urządzenia takiego sanatorjum na terenie Dziekanki. Brak także urządzeń fizyko-terapeutycznych i pracowni naukowych, które w zakładach czeskich są bardzo bogato wyposażone. Brak w Dziekance również odpowiedniego budynku warsztatowego, któryby służył dla zajęcia chorych w celach terapeutycznych. Jako najwyższy cel terapji psychjatrycznej uważam zwalczanie wzgl. łagodzenie objawów chorobowych, pielęgnowanie i wzmacnianie pozostałych nienaruszonych sił psychicznych, utrzymywanie chorych na możliwie najwyższym poziomie społecznym i wychowanie ich do życia socjalnego. Do osiągnięcia tego celu służy m. in. także psychoterapja — w formie odpowiedniego zajęcia pacjentów. Dlatego dobrze urządzone i bogato wyposażone warsztaty są konieczną potrzebą.

Zakłady czeskie mają wzorowo urządzone kuchnie. Kuchnia w Dziekance stanowi prawdziwą bolączkę zakładu, albowiem bynajmniej nie odpowiada nowoczesnym wymogom technicznym, praktycznym i postulatom higjeny. Z powodu złej wentylacji para nie ulatnia się, lecz wypełnia kuchnię gęstą mgłą, tak że nie można dostrzec, co się w odległości 50 cm dzieje. Z tego właśnie powodu w najważniejszych chwilach pracy, t. j. dopołudnia, podczas przygotowania obiadu, nie można się w kuchni dostatecznie orjentować i swobodnie poruszać. Okoliczność ta wpływa deprymująco i hamująco na personał, który pozatem jest narażony na przeziębienie i katary, albowiem para osiada na

ubraniu, wilgotne ubranie zaś ochładza temperaturę ciała. Kuchnia jest więc niehigjeniczna, niezdrowa. Para osiada też na ścianach i ścieka po nich strugami. Ściany są stale wilgotne, wskutek czego czernieją. Kotły żelazne, mimo czyszczenia, wyglądają brudno i nieapetycznie. Strawa z takiej kuchni eo ipso musi mieć cechę pokarmu nieapetycznego. Zalecałoby się ściany kuchni i ubikacji bocznych pokryć — do samego sufitu — białymi kaflami, a kotły żelazne — jako nieekonomiczne i niehigjeniczne — zastąpić niklowymi.

W Dziekance telefony nie funkcjonują mimo częstej naprawy i wypowiadają nieraz posłuszeństwo w przypadkach nagłych. Oddziały muszą wtedy komunikować się przy pomocy posłańców, co nadzwyczaj tamuje sprawność służby i dezorganizuje ją. Personał przeznaczony do służby na oddziałach traci czas na posyłki.

Sprawność służby, tak w części szpitalnej jak w części administracyjnej i gospodarczej możnaby ulepszyć i podnieść do poziomu wyższego przez zaprowadzenie gęstej sieci telefonicznej i stałej kontroli za pomocą elektrycznych zegarów.

---

*Hôpital Psychiatrique public de Poznanie à Dziekanka. — Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.*

# IMPRESSIONS PSYCHIATRIQUES DE L'ÉTRANGER

par

AL. PIOTROWSKI.

L'auteur rapporte les impressions qu'il a eues en visitant des hôpitaux psychiatriques dans la Tchécoslovaquie. En comparant l'hôpital de Dziekanka à ceux de la Tchécoslovaquie, il forme les conclusions suivantes.

A Dziekanka il n'existe pas ni grilles, ni chambres d'isolement, ni enveloppements, ni injections de scopolamine et de morphine, ni distribution schématique en masse de somnifères. En général les aliénés ne sont pas alités à cause des maladies psychiques. Les murs sont pour la plus part abolis.

La thérapeutique psychiatrique à Dziekanka a pour but de maintenir les malades à un niveau social élévé le plus possible par la psychothérapie, par le travail (ca. 90% des malades sont occupés a toutes sortes de travaux), par l'éducation à la vie familiale et sociale.

A Dziekanka, il serait nécessaire de bâtir un sanatorium — avec des installations physico-thérapeutiques — pour des malades atteints de maladies nerveuses, un bâtiment d'ateliers, agrandir les laboratoires scientifiques, augmenter le nombre des médecins, reformer le contrôle du service.

---

# ZE ZJAZDÓW.

## VII-my ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH W KOCBOROWIE

w dniach 4., 5. i 6-go czerwca 1927

### SPRAWOZDANIE

Dnia 4-go czerwca 1927, o godz. 11,10 dyrektor Zakładu w Kocborowie dr. Kryzan zagaja i wita VII-y Zjazd Psychjatrów Polskich.

Jest bardzo ucieszony, że Kocborowo może gościć w swych murach psychjatrów polskich z całego kraju, na ziemi, do której jeszcze teraz roszczą pretensje dawniejsi zaborcy, stwierdza, że odbycie się Zjazdu na Pomorzu jest podkreśleniem polskości tej ziemi, której polskość utrzymaliśmy dotychczas i utrzymamy. Przemówienie przyjęto gorącymi oklaskami.

Następnie dr. Kryzan proponuje prof. Mazurkiewicza na przewodniczącego Zjazdu, co zostaje przyjęte przez aklamację.

Prof. Mazurkiewicz, obejmując przewodnictwo, dziękuje gospodarzowi za gościnę i odczytuje nadesłane powitalne telegramy i życzenia od dr. dr. Grzegorzewskiej z Warszawy, Soukupa z Pragi, Bornsztajna z Warszawy, Podwińskiego z Wilna, Zanda z Izar, prof. Piltza z Krakowa, od Senatu U. S. B. od prof. Radziwiłłowicza z Wilna, od Zakładu Dziekanka, od dyr. Piotrowskiego z Karlsbadu, od Redakcji „Nowin Psychjatrycznych", od Stuchlika z Czechosłowacji, Minkowskiego z Paryża, Medyńskiego, Haskoweca z Pragi, Michaleca z Pragi, Janecka z Bohnicy, prof. Łapińskiego z Zagrzebia.

Po odczytaniu nadesłanych listów i depesz witają Zjazd: 1) w imieniu Departamentu Sanitarnego Min. Spraw Wewn. — dr. Łuniewski, 2) w imieniu Wileńskiego Oddziału Towarzystwa Psychjatrycznego — dr. Falkowski, 3) Krakowskiego Oddziału Towarzystwa Psychjatrycznego — doc. Morawski, 4) oraz w imieniu Towarzystwa Kryminologicznego — dr. Nelken.

Przewodniczący prosi do prezydjum: dr. Rychlińskiego, doc. Morawskiego, prof. Grzywo-Dąbrowskiego, prof. Borowieckiego, dyr. Łunewskiego, dyr. Dekowskiego i dyr. Kryzana; do Sekretarjatu — dr. dr. Falkowskiego, Dreszera i Januszewskiego.

Zjazd przechodzi do obrad.

Przewodnictwo obejmuje prof. Grzywo-Dąbrowski.

REFERATY:

DR. WŁ. CHŁOPICKI: **KLINICZNE GRANICE PSYCHOZY MANJAKALNO-DEPRESYJNEJ.** (streszczenie).

Granice psychozy m.-d. ostatniemi czasy niezmiernie się rozszerzyły, a sama ps. m.-d., jako jednostka chorobowa, zatraca przez to swoją swoistość i staje się zwolna, podobnie jak i schizophrenia, tym zbiorowym kotłem psychjatrycznym, do którego się wrzuca wszystko.

Z tego też powodu, jak również z powodu chaosu klasyfikacyjnego, panującego obecnie w psychjatrji, przeprowadzenie granic ps. m.-d. jest zadaniem niezmiernie trudnem. Po zachwianiu się bowiem kierunku symptomatologiczno-klinicznego, stworzonego przez Kraepelina z jego znanemi kryterjami (etjologja, przebieg, zejście), powstał kierunek etjologiczny — analizy strukturalnej (Birnbaum) i djagnostyki wielowymiarowej (Kretschmer), dążący do uniknięcia braków poprzedniej metody drogą możliwie całkowitego uwzględnienia wszystkich czynników, wpływających na powstanie, obraz i przebieg choroby. Jednak metoda analizy strukturalnej, niezmiernie logicznie i harmonijnie skonstruowana, niezawsze jest w stanie zrealizować swoje postulaty klasyfikacyjne z powodu niewypracowania odpowiednich pomocniczych metod i środków i na razie przedstawia raczej pewien kierunek myślenia psychjatrycznego, w którym należy iść celem pogłębienia samego ujmowania zjawsk psychotycznych i który dopiero z czasem stworzy prawdopodobnie nowy odmienny system klasyfikacyjny.

W oznaczaniu granic ps. m.-d. należy się kierować przy obecnym stanie wiedzy jedynie pewnemi wytycznemi empirycznemi, wskazanemi przez Kahna, charakteryzującemi zasadnicze właściwości psychozy, — a więc:

a) pod względem klinicznym — symptomatologją (stany manjakalne, depresyjne, mieszane), dobrotliwością zejścia i, w znacznym stopniu, przebiegiem.
b) pod względem psycho-patologicznym — emocjonalnemi wahaniami rozmaitego rodzaju i różnych nasileń,
c) pod względem patogenezy — powstawaniem endogennem psychozy, jako zaburzenia endokrynnego,
d) pod względem dziedziczności — wyraźnie dziedzicznym charakterem psychozy.

Ad. a) Chociaż podobny obraz kliniczny oraz perjodyczność i naprzemienność (cyrkularność) spotykamy w całym szeregu innych psychoz, jednak nie znamy żadnej psychozy, gdzieby stany manjakalne

i depresyjne tak wysuwały się na czoło obrazu klinicznego, a perjodyczność i naprzemienność występowały tak często i w tylu nawrotach.

Ad b) Stopniowe płynne przejście od manji i depresji okresowych przez cyklotymje i nastroje konstytucjonalne do fizjologicznych wahań nastrojowych.

Ad c) Samorzutność (endogenność) powstawania (podobnie jak z menstruacją). Występowanie podobnego obrazu klinicznego przy pewnych schorzeniach gruczołów dokrewnych, jak choroba Basedowa. Adissona, przy chorobach przemiany materji (cukrzyca). O ile przyjmiemy przemożny wpływ gruczołów dokrewnych na rozwój psychiczny i fizyczny człowieka, to najbardziej zgodnie potwierdzany przez szereg badaczy fakt występowania ps. m.-d. u osobników o pikniczej budowie przemawia za istnieniem pewnego powinowactwa, jak chce Kretschmer, pomiędzy tym właśnie „wzorem endokrynologicznym" a psychozą m.-d.

Ad d) Ps. m.-d. jest cierpieniem pewnych rodzin, przechodzi z generacji, jednak to dziedziczenie najprawdopodobniej nie odpowiada dominantnemu (jawnemu) manifestowaniu się cech, według teorji Mendla, — jak przypuszczał Rudin, — lecz posiada mechanizm biologiczny bardziej złożony.

Na podstawie zespołu powyższych wytycznych do ps. m.-d. należałoby odnieść manje i depresje jednorazowe lub okresowe wzgl. naprzemienne, stany stałych nastrojów depresyjnych lub manjakalnych z zaostrzeniami w postaci psychoz lub bez tych zaostrzeń, wreszcie stałe wahania się nastrojów od bieguna depresyjnego do manjakalnego — t. zw. cyklotymje.

Granice tak ujętej ps. m.-d. z innemi stykającemi się z nią psychozami można przedstawić jako szereg spornych klasyfikacyjnie terenów, które w pewnych wypadkach są zaliczane do jednej, — w innych znów — do drugiej psychozy.

Najczęściej musimy rozgraniczać w ten sposób psych. m.-d. od schizophrenji.

Taką dziedziną sporną dla ps. m.-d. i schizophrenji są t. zw. mięszane psychozy schizophreniczno-cyrkularne o obrazie klinicznym mięszanym i o przebiegu perjodycznym z remisjami lub też kończące się otępieniem schizophrenicznem, — spotykamy tu cały szereg przejść od psychozy remitującej dobrotliwej do postępującej z defektami i rozpadem osobowości.

Bardziej spornem zagadnieniem jest zagadnienie melancholji inwolucyjnej; jedni, jak Bumke, traktują ją jako psychozę organiczną, inni, jak Hoffmann, dopatrują się w niej psychozy mięszanej schizophre-

niczno-cyrkularnej, na podstawie mającego istnieć w tych przypadkach schizophrenicznego obarczenia dziedzicznego. Kretschmer znów przyjmuje istnienie specjalnego virus'u inwolucyjnego, powodującego swoiste nastawienie psychiki w okresie przekwitania.

Drugim wielkim spornym terenem jest ten, który odgranicza ps. m.-d. od paranoi. Dyskusja, jaka toczyła się dokoła paranoi, zatarła istniejący dawniej podział na choroby rozsądku i afektu — „Verstandeskrankheiten und Gemütskrankheiten", — ponieważ decydującym momentem w powstawaniu urojeń, jak wykazano, są czynniki natury uczuciowej. Spechtowi właśnie przysługuje wielka zasługa wykazania wpływu afektów mieszanych (deprseje przechodzące w manje np.) na powstawanie urojeń paranoidalnych. Stanów kwerulanckich o ile nie możemy obecnie, jak chciał Specht, odnieść całkowicie do ps. m.-d., to w każdym razie pewną część kwerulantów zaliczamy do grupy ps. m.-d., inną znów — do psychopatji paranoidalnej.

Dziedzina, gdzie obydwa pierwiastki (paranoidalne i manjako-depresyjne) spotykają się równocześnie, jest t. zw. hypoparanoia Kleista lub hyponoia Ewalda, w której obok afektywnej labilności istnieje nieufność, upór, żelazna wytrwałość; te postacie występują okresowo i nie prowadzą do zmian osobowości.

Również granica między histerją a ps. m.-d. nie zarysowuje się ostro, wyraźnie; takiem właśnie granicznem spornem zagadnieniem są depresje reaktywne. Że wstrząsy psychiczne zasadniczo nie wywołują ps. m.-d., lecz wspomniana psychoza powstaje endogennie, dowodem tego wielki eksperyment światowy — wojna, która nie zaprotokołowała więcej ps. m.-d, jak w czasie pokoju. Jednak niewątpliwe pewne endogenne stany, jak uczą spostrzeżenia Reissa, Spechta, doznają pod wpływem czynników zewnętrznych zaostrzeń w postaci psychoz (depresje konstytucjonalne, manje kwerulanckie) i to właśnie utrudnia rozgraniczenie tych spraw pomiędzy sobą. Najbliższem prawdy wydawałoby się nam ujęcie Kahna, utrzymującego, że na jednym biegunie stanów psychotycznych gromadzą się psychozy endogenne dziedziczno konstytucjonalne, na drugim — psychozy konstelacyjne, uwarunkowane czynnikami zewnętrznymi, — a pomiędzy tymi dwoma biegunami istnieje cały szereg stopniowych przejść.

Ewald, modyfikując schemat Kleista, przedstawia granice pomiędzy ps. m.-d. a psychozami reaktywnemi w postaci trzech stykających się ze sobą podgrup: do pierwszej należą — stany psychotyczne z labilnością afektywną endogenną, „autochtoniczną", — endogenne manje, depresje, postacie mieszane oraz endogenne stany paranoidalne,

np. hyponoia; do drugiej — odnosi on stany z labilnością mieszaną endogenną i reaktywną — depresje konstytucjonalne, kwerulantów manjakalnych; wreszcie do trzeciej — zalicza stany z labilnością reaktywną — depresje i urojenia reaktywne.

Perjodycznie występujące stany afektywne, manifestujące się w postaci dypso — i porjomanji, nastręczają podobne trudności klasyfikacyjne pomiędzy ps. m.-d. a epilepsją i należą do niewyjaśnionych spornych dziedzin psychjatrji.

Jak widzimy więc, obszar, zajmowany przez ps. m.-d., na jednym krańcu przechodzi do psychoz z defektami psychicznymi i wyraźnym rozpadem osobowości, a na drugim — bez uchwytnej granicy, — w dziedzinę zdrowia psychicznego. Na całym tym terenie stwierdzamy przeplatanie się i zazębienie się z ps. m.-d. całego szeregu stanów psychopatologicznych, jak stany paranoidalne, histerja, epilepsia, psychopatje wszelkiego rodzaju.

Ujęcie wszystkich tych stanów psychotycznych pod nazwą psychoz degeneracyjnych, jak to uczynił Schröder, a później w znacznie większym zakresie Kleist, tworząc z ps. m.-d. jądro całej tej obszernej grupy — wydaje się być za ogólnem, żeby mogło wyjaśnić sprawę stanowiska klinicznego poszczególnych psychoz, o których tu mówiliśmy. Sądzimy, że wszystkie te sporne zagadnienia, a co nas tu najbardziej obchodzi, zagadnienie granic klinicznych ps. m.-d. będzie mógł wyjaśnić w przyszłości cały szereg badań prowadzonych w rozmaitych kierunkach, a więc: badania serologiczne przez wykrycie swoistych dla ps. m.-d. zaburzeń endokrynologicznych manifestujących się odpowiedniemi zmianami w gospodarce soków ustroju, badania konstytucji fizycznej i psychicznej przez pogłębienie analizy charakterologicznej i wykrycie możliwości zróżniczkowania wyliczonych powyżej pokrewnych stanów psychotycznych, wzgl. znalezienie korelatu fizycznego w budowie ciała dla tych właśnie stanów, wreszcie — wielce z poprzedniemi badaniami związane — badania nad dziedzicznością przez znalezienie stałego niepodzielnego „pierwiastka" genotypicznego dla ps. m.-d.

---

DOC. MORAWSKI: **STANY MANJAKALNO-DEPRESYJNE OBJAWOWE.**

---

DYR. AL. PIOTROWSKI, (Dziekanka) zgłosił referat na temat: **LECZENIE PSYCHOZ MANJAKALNO-DEPRESYJNYCH I ICH ZAPOBIEGANIE** (podany w streszczeniu).

Po krytycznym przeglądzie najważniejszych znanych sposobów leczenia psychoz manjakalno-depresyjnych i podobnych stanów choro-

bowych, autor wspomina o metodach leczniczych stosowanych w Dziekance. Podniecony manjak potrzebuje innego leczenia, innego melancholik z lękami.

Manjak może być niebezpiecznym dla siebie i otoczenia z powodu swoich nieobliczalnych czynów. Drażliwość, popędliwość, gniewliwość manjaka, jego ruchliwość nadmierna, jak również raptowne wyładowania melancholika z powodu lęków i wewnętrznego napięcia, szczególnie stany podniecenia, mogą zniweczyć nietylko stanowisko socjalne, zdrowie fizyczne i życie chorego, lecz mogą narazić na szwank moralność, życie otoczenia. Submanjak, niekiedy mimo przedsiębiorczości okazuje dość ostrożności i zmysłu krytycznego w sprawach pieniężnych i nieraz przeprowadza tranzakcje finansowe korzystne dla siebie i dla rodziny. Wszelako większość submanjaków reaguje na wszelkie bodźce zewnętrzne nader żywo, bezkrytycznie podnieca się coraz więcej i popełnia czyny nierozważne na własną i cudzą szkodę.

Melancholik zaś jest niebezpieczny przedewszystkiem dla siebie samego z powodu dążności samobójczych. Tylko ścisły dozór we dnie i w nocy, najdogodniej w ubikacjach położonych na parterze, może go od tego uratować. Skłonność do samobójstwa może jego czynami kierować nawet w okresie, gdy psychoza minęła, dlatego zaleca się ostrożność przy zwolnieniu melancholika z zakładu.

Przejawy psychopatologiczne powyżej wzmiankowane można złagodzić przez wykluczenie bodźców szkodliwych, które takie stany wywołują i wywołać mogą. Szkodliwości działających ujemnie na psychę chorego doszukać się można w smutnych stosunkach rodzinnych, jak systematyczne znęcanie się brutalnego męża nad żoną, rodziców nad dziećmi i odwrotnie, dalej nadmierny wysiłek umysłowy i cielesny we walce konkurencyjnej, troski i kłopoty.

Zaleca się zatem przeprowadzić chorego w inne otoczenie, które daje najlepsze warunki do poprawy choroby. Takiem otoczeniem wzgl. miejscem jest szpital psychjatryczny.

Specyficznych środków leczniczych terapja psychoz manjakalno-depresyjnych dotąd nie posiada mimo licznych prób ustalenia właściwej metody leczenia. Zalecane są najróżnorodniejsze sposoby zwalczania choroby, nie wykluczając psychoanalizy i hypnozy.

Leków mamy obfity wybór. Do środków dawniej chętnie używanych jak trional, sulfonal, weronal, medinal, hedonal, hyoscyna, chloralhydrat, amylenhydrat, paraldehyd, podawane w stanach manjakalnego podniecenia oraz opium, pantopon, brom, morfina, podawane w stanach depresyjnych, pojawiło się w nowych czasach mnóstwo prepara-

tów zalecanych jako środki skuteczne w manji wzgl. w melancholji, że wymienimy w pierwszej kategorji tylko natr. nucl. (Mignol, Petit, Adam), sperminę (Ornstein), gardenal (Frenkel i Lecroix), z drugiej zaś strony kodeinę (Benon), nowoprotynę (Oppler), somnifen (Ganz, Sakristan, José, Gepinto), strychninę (Hartenberg, Lérat), preparaty owarjalne (Rozenberg, Dziekanka), adrenalinę (Naudascher), sedobrol (Ulrich), natr. cacodyl. (Rogues de Fursac, Abély), eukodal (Jakoby), preperat z przysadki mózgowej (Laignel-Lavastine et Contemal). Wszystkie te środki są mniej lub więcej problematyczne.

Można działać tylko okolicznościowo — czystość ciała, bielizny, otoczenia, dużo świeżego powietrza i światła, kontrola funkcji fizjologicznych. Momenty te mogą narazie służyć do wywołania uczucia błogości u chorego i go uspokoić. Dobrym środkiem uspakajającym jest obfity, smaczny pokarm. U manjaków — z powodu utraty sił wskutek nadmiernej ruchliwości, — u melancholików, z powodu nieprzyjmowania pokarmu, może nastąpić stan inanicji, więc zaleca się stosować sztuczne odżywianie, nie dopiero po upływie dwuch tygodni, lecz już wcześniej, po 4-ch dniach. U nowoprzyjętych pacjentów, osłabionych, którzy przed przyjęciem głodowali, należy je niezwłocznie stosować. Skuteczną kontrolę odżywiania pacjentów, niedostatecznie przyjmujących pokarm, stanowi karta djetyczna, gdzie się wpisuje dokładnie każdorazową ilość i jakość spożytego pokarmu. Dożywianie stosuje się zgłębnikiem dożołądkowo, albo do odbytnicy albo zapomocą zastrzyków podskórnych w formie injekcji oleju.

Bez wątpienia najlepszym środkiem kuracyjnym jest psychoterapja, której zaczątek tkwi już w powyżej wzmiankowanym obfitym karmieniu chorego, w wygodnym łóżku, w racjonalnym podziale dnia, w regulaminie domowym, w odpowiedniem zajęciu. Są to momenty eliminujące szkodliwe wpływy i działające tem samym uspakajająco i łagodzą stany podniecenia. Wykluczenie przymusu, wykonywanie życzeń wykonalnych, odwrócenie uwagi od wrażeń przykrych, zabawy, zmiana oddziału, ewtl. separacja bez całkowitej izolacji i dodatki djetetyczne, wszystko to może działać uspakajająco. Nie należy izolować chorego zupełnie. Chory izolowany nie może być dostatecznie strzeżony i może sobie wyrządzić krzywdę. Właśnie w izolacji zachodzą najczęściej samobójstwa i okaleczenia. Od chwili, gdy w Dziekance zarzucono metodę izolowania chorych t. j. od 7 lat, nie zdarzył się ani jeden przypadek samobójstwa.

W przecwieństwie do Kraepelina, Bleulera i in., autor zarzucił metody szematycznego stosowania środków przymusowych, nie dopusz-

cza do bezwględnego izolowania chorego, nie uznaje za metodę racjonalną szablonowe leczenie pościelowe, ewtl. w łóżku osiatkowanem, zawijanie w koce, stosowanie kąpieli prolongowanych, podawanie leków uspakajających, zwłaszcza skopolaminy, szablonowe rozdzielanie środków nasennych. Metody te nie są celowe, a stosowane przymusowo, są nawet szkodliwe.

W celach stwierdzenia wartości metody, na zlecenie autora, przeprowadzono niedawno w Dziekance na oddziałach dla niespokojnych kobiet eksperyment leczenia pościelowego. Wszystkie niespokojne chore trzymano w łóżku. Okazało się, że niepokój wzmógł się znacznie i pacjentki bynajmniej się nie uspokoiły, przeciwnie jeszcze bardziej się podniecały. Po klku dniach lekarze i pielęgniarki powróciły do metody bezpościelowej. Tylko wyjątkowo nastąpiło pewne uspokojenie. Podnieconego, cieleśnie osłabionego, wycieńczonego manjaka lub melancholika z lękami zaleca się położyć do łóżka, jeżeli istnieje pewność, że ten sposób traktowania rzeczywiście uspokoi chorego. Inaczej nie należy pacjenta wbrew jego woli przetrzymywać w łóżku wzgl. w wannie, bo chory wtedy bardziej się rozdrażnia, wpada w złość i staje się gwałtownym. Takie drażnienie chorego uważać należy jako postępowanie barbarzyńskie.

Większość manjaków uspokaja się prędzej, jeżeli im się da swobodę ruchów w granicach możliwych i skieruje ich uwagę w inną stronę.

Łatwo pobudliwych, drażliwych, agresywnych chorych omija się, daje im się zajęcie odpowiadające ich upodobaniom, np. gra na instrumencie muzycznym, gra towarzyska itp. Głośnych, krzykliwych, śpiewających manjaków zachęca się do śpiewania chórowego łatwych, popularnych, wesołych piosenek albo do tańców zbiorowych.

Silnie podnieconych wyprowadza się na dłuższe przechadzki, gdzie mają sposobność do wyładowania nadmiaru energji bez szkody dla otoczenia, a po powrocie podaje się im obfity, smaczny pokarm. Chorzy uspokajają się wtedy dość szybko i nastrój ich bywa pogodniejszy i łagodniejszy. Siły cielesne przytem nie słabną więcej niż w kąpieli prolongowanej, w zawinięciu kocowem, w izolacji, w kaftanie i t. p.

Pacjentów zdolnych do pracy zatrudnia się odpowiednio. Zajęcie łagodzi nastrój, odwraca uwagę od bodźców, podniecających wzruszeniowość odsuwa sposobność do zatargów z towarzyszami, ułatwia zignorowanie własnych dolegliwości w postaci urojeń, smutku i troski

Zatrudnienie uspokaja egzaltowanego chorego, nadające kierunek jego zapędom, modyfikując i łagodząc dążności niszczycielskie i zaczepne, odwodzi od narowów obrzydliwych jak smarowanie moczem, kałem, krwią, zdzieranie odzieży i bielizny, odwraca od masturbacji.

Praca na świeżem powietrzu, w ogrodzie, w parku, na dziedzińcu, wychowuje chorego, wprowadzając go w środowisko przyjemniejsze, dając mu sposobność do robienia spostrzeżeń w różnych dziedzinach zmysłowych i umożliwia przez to, co chory widzi, słyszy, czuje podczas zatrudnienia, odnowienie — drogą przypominania — dawnych, zapomnianych kojarzeń myślowych, wiadomości i sprawności umysłowych, pozwala na tworzenie nowych asocjacji realnych, na zbieranie doświadczeń, nabywanie zdolności pożytecznych, pobudza do prawidłowego myślenia, do odczuwania przyrody i zapobiega zanikowi władz psychicznych, które w nieczynności powoli, ale stale zmniejszałyby się do minimum.

Praca fizyczna zastępuje środek hypnotyczny, bo sprowadza fizjologiczne zmęczenie i sen.

O ile zabiegi w przedmiocie wychowania chorego do pracy mają odnieść pożądany skutek, winne być indywidualnie dobierane. Nie każde zajęcie, nie każda czynność, nie każda praca odpowiada skłonnościom i dążeniom chorego. Prace należy przystosować do sił fizycznych i psychicznych pacjenta, wtedy przyniesie ona pożytek dla niego i dla zakładu.

Jeżeli w taki sposób nie można uspokoić chorych hałaśliwych, drażliwych, agresywnych, pozostawia się ich na oddziałach, segreguje się w małe grupy, z których wybiera się jednostki niezadowolone, skłonne do pieniactwa, do wybuchów gniewliwych, pobudzających swojem niespokojnem zachowaniem się otoczenie do hałasowania i umieszcza się na oddziałach, gdzie przebywają pacjenci otępiali, słabowici, obojętni. Tu krzykliwy pieniacz szkody nie wyrządzi. Gdy spostrzeże, że nie robi wrażenia na otoczenie, uspokaja się i z czasem staje się nawet pożytecznym pomocnikiem pielęgniarza odziałowego, pomagając mu w uprzątaniu i doglądaniu chorych słabowitych. Wykluczenie takiego niespokojnego osobnika z oddziału dla niespokojnych ma tę dobrą stronę, że usuwa się przyczynę zatargów. Agresywnych pacjentów rozmieszcza się w małych grupach na poszczególne sale, gdzie ich się zatrudnia odpowiedniemi robotami domowemi, a tych, którzy do systematycznego zajęcia nie są zdolni z jakichkolwiek powodów, albo którzy pracować nie chcą i okazują skłonność do wyładowań złośliwych i gwałtownych, nakłania się do gry footballowej. Nietylko latem, ale

także i zimą, skórzana piłka zawsze leży w orgodzie i każdej chwili może być używana. Zawsze znajdzie się ktoś skory do rzucania piłką, inni odpowiadają i gra wnet jest w biegu. Pielęgniarze mają zlecenie rozpoczynania gry footballowej, gdy spostrzegą, że u pacjentów niepokój się wzmaga. Również gra w kręgle jest skutecznym środkiem do uspokojenia chorych, wywołuje ona bowiem wesoły nastrój.

Na oddziałach kobiecych pielęgniarki mają nakłaniać podniecone chore z niepokojem ruchowym, skłonne do wyładowań motorycznych, do tańców zbiorowych; hałasujące zaś, krzykliwe chore — pobudzać do śpiewu chórowego.

Autor określa ten sposób postępowania mianem — „systematyczne organizowanie hałasu i niepokoju ruchowego". Hałas i niepokój ruchowy pozostają wprawdzie, ale przejawy te przybierają formę estetyczną, zatracają nieprzyjemne, dzikie cechy chaosu. Innemi słowy, chaotyczne, żywiołowe, dzikie wyładowanie motoryczne organizuje się, nadając im odpowiedni kierunek przez pracę, grę, taniec. Krzyk zamienia się w śpiew zbiorowy.

Izolatki, kąpiele prolongowane, łóżka osiatkowane, zawijania kocowe, kaftany, zastrzykiwania skopolaminy w takich warunkach są zbyteczne.

Inny sposób uspakajania podnieconych chorych polega na tem, że lekarz wpływa perswazją na wyobraźnię chorego. Błędem jest mniemanie, że chory w ostrym okresie manjakalnego podniecenia nie jest przystępny perswazjom. Doświadczenia, zebrane w Dziekance, świadczą inaczej. Wszelako nie zawsze i nie u każdego chorego działa perswazja na dłuższą metę, atoli czy skopolamina, nasennik czy kąpiel prolongowana itp. działają dłużej? Środki te wywierają wpływ uspokajający tylko na kilka godzin. Tymczasem łagodna, cierpliwa perswazja ma często trwalszy skutek. Wprawdzie perswadowanie wymaga od lekarzy dużo cierpliwości, poświęcenia i indywidualnego traktowania chorych. Nawet pacjenci złośliwi, na pozór niebezpieczni, pod wpływem takiego traktowania zmieniają się w skromnych, usłużnych towarzyszy.

Terapja chemiczna w takich przypadkach jest do pewnego stopnia zbędna. Zalecany gardenal okazał się przeważnie bezskutecznym środkiem. Organoterapja, mianowicie owarjoterapja, stosowana u kobiet, które zachorowały w wieku inwolucyjnym, wyników decydujących nie dała, ponieważ leczenie było przeprowadzane zbyt krótko i w nielicznych przypadkach. Natomiast warto posługiwać się w lecznictwie psychoz manjakalno-depresyjnych fizykoterapją we wszystkich

jej postaciach, t. j. hydro-, balneo-, elektro-, mechanoterapją jako środkiem leczniczym o wysokim walorze, który, działając na organizm somatyczny dodatnio, wywiera błogi wpływ na nasrtój chorego i tą drogą pośrednią poprawia jego stan psychiczny.

Rozumie się, trzeba indywidualizować i stosować tę terapję łagodnie. Pacjentów, skłonnych do halucynacji, zwłaszcza w postaci omamów dotykowych, nie należy elektryzować. Terapja fizykalna skutkuje w przypadkach nerwobólów i innych dolegliwości i zachorzeń cielesnych.

Niektóryz chorzy uspokajają się już, gdy spostrzegają, że ich się leczy w postaci tak widocznej, jaką przedstawia leczenie fizykalne. Terapja fizykalna — ciepłe kąpiele, elektryzacja — pomaga często w bezsenności.

Bezsennym naogół nie zapisuje się środków hypnotycznych, albowiem długoletnie systematycznie przeprowadzone badania w Dziekance nad bezsennością wykazały, że chodzi tu zwykle o bezsenność parcjalną, okresową. Chorzy sypiają przez pewien krótki okres — powracający od czasu do czasu — mało albo nie sypiają wcale. Gdy okres bezsenności minie, zjawia się znowu sen prawidłowy, bez względu na to, czy się stosuje środki nasenne lub nie.

Wychodząc z założenia, że dorosła zdrowa osoba pracująca ciężko cieleśnie, potrzebuje na dobę przeciętnie siedem godzin snu, przyjmuje się, że chory z ostrą psychozą manjakalno-depresyjną, śpiący cztery godziny na dobę, nie potrzebuje nasennika. Krótko trwały sen naturalny jest zdrowszy niż długotrwały wywołany środkiem hypnotycznym.

Rejestruje się chorych, którzy sypiają mniej niż cztery godziny na dobę i obserwuje się dokładnie dalszy przebieg tej bezsenności. Okazuje się, że chorzy ci zwykle mają krótkie okresy bezsenności. Tym osobom nie podaje się nasenników. Dopiero po trzech nocach bezsennych wzgl. po trzech dniach, w których chory sypiał mniej niż cztery godziny na dobę, podaje się nasennik w wysokiej dawce (zwykle nirwanol 0,9 — 1,2)[1]), poczem następuje — zaraz albo dzień później — okres krótszy lub dłuższy dostatecznego snu. Jeżeli sen nie następuje, dowodzi, to, że pacjent przebywa okres bezsenności, w którym nasenniki nie skutkują. Zwykle po paru dniach sen wraca, spontanicznie, bez udziału środków hypnotycznych.

---

[1]) cf. Al. Piotrowski: Ueber Hydantoine als Hypnotica. — Münch. Medizinische Wochenschrift 1916, Nr. 43. Verlag von J. F. Lehmann, München.

Te okresy bezsenności nawiedzają tak manjaków jak i melancholików, tych ostatnich zwłaszcza w okresach silnych lęków i wewnętrznych niepokojów, które nieszczęśliwych chorych doprowadzają do rozpaczy, a niekiedy do samobójstwa. Melancholików takich — nie każdy melancholik jest pod tym względem dla siebie niebezpieczny — można ochronić w ten sposób, że oddaje ich się pod opiekę specjalnie wyszkolonych i doświadczonych pielęgniarzy, którzy w każdym przypadku winni się piśmiennie zobowiązać do troskliwego i bacznego czuwania nad życiem chorego pod odpowiedzialnością sądową. Ten system okazał się nader skuteczny; od siedmiu lat nie zaszedł w Dziekance żaden przypadek samobójstwa.

Przeciwko uporczywym, dręczącym, silnym stanom lękowym najlepszem remedium jest stary, znany sposób zastrzykiwania extr. opii ewtl. kilka razy na dobę. Zwykle wystarczy jedna injekcja. Jeżeli zabiegi te nie skutkują w pierwszych dniach, nie warto ich kontynuować.

Co się tyczy profilaktyki w psychozach manjakalno-depresyjnych wypada zaznaczyć, że jednym z najważniejszych problemów jest sprawa rodzenia. Zakaz rodzenia w rodzinach manjakalno-depresyjnych przedstawiałby wybieg bardzo wątpliwy. Wiadomo, że w wielu takich rodzinach stosunki nie są najgorsze, a cały szereg osób, cierpiących na psychozę manjakalno-depresyjną, przedstawia pod względem intelektualnym wysokowartościowy materjał ludzki.

Inaczej ma się rzecz z przerwaniem ciąży. Według poglądów prawniczych na Zachodzie przerwanie ciąży w interesie potomstwa nie jest dopuszczalne. Tam, gdzie chodzi o terapeutyczne cele, np. w melancholji połączonej z ciążą, zagrażającej matce, sprawa nie jest jeszcze przesądzona. Związku między ciążą a psychozą manjakolno-depresyjną nie da się ściśle określić. Znane są przypadki, w których depresja nie występowała w czasie ciąży, lecz w okresach wolnych. W innych znów przypadkach melancholja pojawiała się tak podczas ciąży jak i w okresach wolnych od ciąży. Przerwanie ciąży wzgl. poród naturalny nie wpływa decydująco na przebieg psychozy, która niekiedy ustępuje podczas ciąży, niekiedy trwa nadal, gdy dziecko się urodziło. Znane są także przypadki, gdzie wskutek przerwania ciąży choroba psychiczna się pogorszyła. Wszelako nie ulega wątpliwości, że melancholja stanowi niebezpieczeństwo dla chorej w myśl przesłanek prawnych, np. gdy istnieją skłonności samobójcze. Atoli opinja w tym przedmiocie nie jest jednolita. Na ogół wskazuje się na leczenie

w zakładzie psychjatrycznym, gdzie niebezpieczeństwo samobójstwa jest zmniejszone.

Od przypadków właściwej ciężkiej melancholji w ciąży odróżnić należy te przypadki, gdzie stan depresji u psychopatek, degeneratek, dziedzicznie obarczonych, cieleśnie i psychicznie osłabionych kobiet został wywołany obawą i lękiem przed połogiem i ponownem macierzyństwem, mianowicie, gdy jeszcze do tego dostąpią troski i kłopoty. Tego rodzaju depresja przedstawia się jako reakcja psychopatyczna, która ustępuje natychmiast, gdy ciąża jest przerwana. W takich przypadkach — wydaje się — jest więcej wskazanem przerwać ciążę i oddać zdrową żonę mężowi i matkę dzieciom, która w domu jest koniecznie potrzebna, niż przetrzymywać chorą w szpitalu, gdzie stan chorobowy może się nawet pogorszyć. Pozatem są jeszcze przypadki, gdzie melancholja wraca z ciążą; tu wskazaną byłaby raczej sterylizacja (resectio tubarum), niż niepewne w skutkach przerwanie ciąży,

---

DYR. ŁUNIEWSKI: PSYCHOZA SZAŁOWO-POSĘPNICZA W KAZUISTYCE SĄDOWO-PSYCHJATRYCZNEJ.

Wbrew temu, czego można by było oczekiwać po symptomatologji psychozy szałowo-posępniczej, psychozę tę spotykamy w kazuistyce sądowej niezmiernie rzadko. Wśród 532 przypadków kryminalno-psychopatologicznych zakładu w Tworkach w ostatniem siedmioleciu psychoza manjakalno-depresyjna występowała zaledwie w 12 przypadkach, t. j. w 2,2%; w statystyce kryminalno-psychopatologicznej psychozy szałowo-posępniczej zaznaczyła się niezmiernie jaskrawo przewaga kobiet nad mężczyznami oraz względna przewaga semitów nad aryjczykami. Przewaga elementu żeńskiego nad męskim stoi w rażącej sprzeczności ze słabszą naogół skłonnością kobiet do czynów występnych; taką samą sprzeczność, zarówno co do ilościowego udziału jak i co do jakości popełnionych czynów występnych, ujawnia przewaga semitów nad aryjczykami.

Materjał statystyczny prowadzi do wniosku, iż moment patologiczny waży w etjologji czynu występnego więcej niż moment płciowy i rasowy.

Analizując przypadki kryminalno-psychopatologiczne z innych grup rozpoznań, referent stwierdza, że nietylko psychoza szałowo-posępnicza w postaci wyraźnej pod względem klinicznym, ale także i pierwiastek cyklotymiczny zdarza się naogół niezmiernie rzadko wśród chorych podsądnych. Zawsze też można było stwierdzić prze-

wagę płci żeńskiej tam, gdzie pierwiastki cyklotymiczne zaznaczyły się w obrazie klinicznym.

Dane osiągnięte z zestawień statystycznych przypadków powikłań kryminalnych rzucają pewne światło na nozologiczne stanowisko psychozy szałowo-posępniczej. Uważając wiele cech wspólnych z innemi postaciami psychoz degeneracyjnych, psychoza szałowo-posępnicza różni się od nich m. in. co do skutków społecznych, w szczególności co do wpływu jej na przestępczość.

---

PRF. PILTZ: BADANIE FARMAKOLOGICZNE UKŁADU NERWÓW AUTONOMICZNYCH Z UWZGLĘDNIENIEM PSYCHOZY MANJAKALNO-DEPRESYJNEJ.

---

DR. STRYJEŃSKI: STANY PRZYGNĘBIENIA WIEKU PODESZŁEGO.

---

DR. MATECKI: O HETEROGENNYCH PIERWIASTKACH UROJENIOWYCH W STANACH DEPRESYJNYCH PSYCHOZY MANJAKALNO-DEPRESYJNEJ.

Autor usiłuje odpowiedzieć na pytanie, czy wszystkie urojenia w stanach depresyjnych psychozy manjakalno-depresyjnej są jednolite, czy też należy przyjąć odmienną genezę niektórych pierwiastków urojeniowych. Autor łączy nową metodę badania klinicznego, psychologicznego (z uwzględnieniem kierunku fenomenologicznego i psychoanalitycznego) z metodą badania konstytucyjnego i genealogicznego — kroczy drogą badań przedewszystkiem Hoffmanna, Kahna i Langego. Wnioski autora oparte na szczegółowej analizie 5 przypadków zachorzenia są następujące: w obrębie psychozy manjakalno-depresyjnej należy pozostawić tylko te stany depresyjne, w których urojenia powstają na podłożu afektu depresyjnego, jednolicie przepajającego wszystkie funkcje psychiczne; tym stanom są właściwe urojenia grzesz ności własnej, bezwartowości i zubożenia. Tym urojeniom brak systematyzacji, wyraźnych konturów, co cechuje również spotykane w niektórych przypadkach urojenia prześladowcze i hypochondryczne (somato-psychiczne), odnzaczające się rozlanym charakterem. W przypadkach o powyższym obrazie psychologicznym spotykamy najczęściej budowę ciała pikniczną, osobowość przedchorobową syntoniczną, a w drzewie genealogicznym — psychozę manjakalno-depresyjną, wzgl. syntoniczną konstytucję.

Urojenia zaś odznaczające się wyrazistością, ograniczonością, tendencją ku systematyzacji, rozwijające się na gruncie afektu depresyjnego, lecz rodzące się z kompleksów, należy odnieść na karb działania mechanizmów heterogennych, przedewszystkiem schizofrenicznych. Takimi heterogennymi pierwiastkami urojeniowymi są: urojenia grzeszności i prześladowcze, występujące nie w formie nieokreślonej, zmiennej, lecz często w liczbie pojedyńczej, i zatrzymujące się na objekcie wyraźnym; urojenia somato-psychiczne, jeżeli zajmują dominujące miejsce w obrazie klinicznym; urojenia o przeobrażeniu świata otaczającego, wzgl. końca świata. Pod względem psychoanalitycznym udaje się wykazać w urojeniach pierwszego typu mechanizm introjekcji, właściwy melancholji, w urojeniach heterogennych często mechanizm projekcji, właściwy schizofrenji paranoidalnej.

W przypadkach z heterogennymi pierwiastkami urojeniowymi udaje się stwierdzić elementy z heterogennego obszaru konstytucyjnego, a więc budowę ciała leptosomną, bądź w osobowości przedchorobowej komponenty schizotymiczne, wzgl. schizoidne, bądź wreszcie w obrazie genealogicznym — schizofrenję wzgl. konstytucję schizotymiczną lub schizoidną. Wnioski autora pokrywają się z wnioskami Hoffmanna, proponującego wyodrębnić melancholję z heterogennymi pierwiastkami urojeniowymi jako „schizoide Melancholie“, z grupy psychozy manjakalno-depresyjnej dla podkreślenia przymieszki komponentu schizofrenicznego. Przeplatające się i przenikające częstokroć modyfikujące się nawzajem mechanizmy melancholji i schizofrenji tworzą liczne i zawiłe pod względem różniczkowo-rozpoznawczym obrazy z przewagą w poszczególnych przypadkach bądź jednego, bądź drugo mechanizmu. Ścisłe różniczkowanie urojeń w stanach depresyjnych może mieć nietylko znaczenie teoretyczne, lecz również praktyczne jak dla prognozy, ewtl. terapji.

## DYSKUSJA

wspólna nad powyższemi referatami.

**Dyr. Siwiński** podaje — do referatu doc. Morawskiego — przypadek dwukrotnego wystąpieniami stanu podniecenia manjakalnego u chorego z objawami mocznicy (przy bardzo wysokiem ciśnieniu krwi). Pierwszy napad podniecenia manjakalnego przed 10 laty. W obydwu stanach przebieg psychozy był identyczny. Przemawiałoby to za słusznością twierdzenia, że w stanach manjakalno-depresyjnych objawowych mamy prawdopodobnie przyczynę zewnętrzną.

**Prof. Mazurkiewicz** zwraca uwagę, że termin „melancholja“ oznacza dokładnie jednostkę chorobową, gdy pod nazwą depresji rozumiemy różne stany w różnych jednostkach chorobowych; proponuje uzgodnienie ter-

minologji. Następnie, w sprawie referatu dr. Mateckiego: uważa jego pogląd za zbyt jednostronny. Zbytne kładzenie nacisku na konstytucję psychofizyczną, przyczynia się do rozpływania się tej jednostki chorobowej.

**Dr. Matecki** odpowiadając prof. Mazurkiewiczowi, zaznacza, że chodziło mu jedynie o wyświetlenie psychologiczne kwestji i że to oświetlenie należałoby uzupełnić przez badanie biologiczne. Na tem zakończono dyskusję nad pierwszym tematem zasadniczym.

* * *

## DR. ŚWIETŁOW: ZABURZENIA PSYCHICZNE W GIGANTYŹMIE.

Omawiane spostrzeżenie dotyczy pacjenta, który pochodzi z rodziny, gdzie kilka członków odznacza się bardzo wysokim wzrostem. Osobnik ma 21 lat, dziedzicznie obarczony (ojciec psychopata). W 9-ym roku życia, po przebytej ciężkiej szkarlatynie, zaczął szybko rosnąć, prześcigając wzrostem swych rówieśników. Nieprawidłowości w rozwoju tak psychicznym, jak fizycznym (włącznie gruczoły dokrewne). Wysokość pacjenta obecnie wynosi 2,02 m. Znamionom gigantyzmu towarzyszą objawy zaznaczonej akromegalji. Podług budowy ciała osobnik należy do odmiany dysplastycznej przy objawach częściowego eunuchoidyzmu. Seksualne życie rozpoczął w 16-ym roku życia, polucje rzadkie, libido osłabiona. Rozwój intelektualny podług Bineta Simona stoi na poziomie 11-letniego dziecka. Od 9 lat zdradza skłonność do pseudologia phantastica, — do awantur, — przywłaszczania sobie rzeczy obcych. W ostatnim czasie wystąpiły objawy megalomanji. Dobroduszny, lecz wobec nadmiernej ambicji, skłonny do uniesień, niekiedy gwałtowny. Słabowolny, lekko ustępuje pokusom i złym namowom. Rentgen wykrył znaczne rozszerzenie sellae turcicae, zgrubienie czaszki i niezakończony proces skostnienia chrząstek nasadowych.

Spostrzeżenie należy do zachorzeń wielogruczołowych. Patogeneza jego, prawdopodobnie, polega na kombinacyjnym zaburzeniu gl. pituitariae, gl. thyreoideae i gruczołów płciowych.

### DYSKUSJA

**Prof. Mazurkiewicz,** dziękując prelegentowi za ciekawy odczyt, wyraża jednak wątpliwości co do wypływania braków etycznych i braków woli z ubytków intelektualnych.

**Dr. Świetłow** w odpowiedzi prof. Mazurkiewiczowi obstaje przy swojem zapatrywaniu.

---

DR. DRESZER: METODA SZYBKIEGO BADANIA GLEJU.

Istota metody polega na tem, że skrawki z materjału, utrwalonego w formalinie, utrwalone następnie w bajcy Cajala (nieco zmodyfikowanej), zostają zabarwione za pomocą barwiku, połączonego z jeszcze jedną bajcą (połączenie błękitu metylowego z kwasem pikrynowym). Barwią się astrocyty i zmiany w nich zachodzące; zwłaszcza dobrze wychodzi amebowate przeistoczenie astrocytów.

Referat połączony był z pokazem preparatów.

---

DR. J. MEDEM: O RÓŻNYCH ZESPOŁACH ODCZYNÓW PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO W CHOROBACH UMYSŁOWYCH I NERWOWYCH I ICH ZNACZENIU ROZPOZNAWCZEM.

Referent przedstawia wyniki blisko 500 badań płynu m.-rdz. wykonanych w pracowni Kliniki neurologiczno-psychjatrycznej Uniwersytetu Poznańskiego w przeciągu 2-ch lat, t. j. za rok 1925 i 1926, i stara się uwydatnić, jak można uzyskać wyraźne obrazy zmian patologicznych, zachodzących w płynie, na podstawie zrozumienia wartości patogenetycznej i poszczególnych objawów płynu m.-rdz. oraz oparciu się nie na pojedyńczych objawach, lecz na wzajemnym ich stosunku do siebie i całym ich zespole. Obrazy te w pewnych wypadkach pozwalają postawić ścisłe rozpoznanie, w innych orjentują w sposób bardziej ogólny, pozwalając jednak usunąć wątpliwości powstałe przy badaniu klinicznem.

Referent dzieli wszelkie objawy w zakresie płynu m.-rdz. na następujące kategorje:

1) *Ogólny objaw wszelkich zaburzeń w zakresie płynu* — zwiększenie ilości białka.
2) *Objawy zapalne* — zwiększenie ilości białek białych (pleocytoza) i zmniejszenie się ilości cukru.
3) *Objawy zmian, toczących się wewnątrz worka oponowego* (endogeniczne) — silne odczyny Nonnego i Weichbrodta, krzywe koloidalne po stronie lewej („typ kiłowy i paralityczny").
4) *Objawy wzmożonej przepuszczalności opon* (egzogeniczne): krzywe koloidalne po stronie prawej (typ surowiczy), obniżenie ilości chlorków, wzmożenie ilości cukru, dodatni odczyn Braun-Husslera i hemolizynowy, ksantochromja luteinowa, obecność włóknika (siatka lub koagulacja), dodatni wynik prób funkcjonalnych na przepuszczalność opon.

5) *Objawy krwotoczne:* obecność ciałek czerwonych, ksanto (rubro-) chromja hemoglobinowa i dodatni odczyn na hemoglobinę.

6) *Objawy swoiste*, t. j. patognomiczne dla jednego schorzenia: obecność odnośnych bakterji patogennych, odczyn Wassermanna dodatni.

Z punktu widzenia całego obrazu zmian w płynie, referent rozróżnia 6 zespołów, z których każdy odpowiada pewnej grupie schorzeń układu nerwowego:

I. Zespół, charakterystyczny dla schorzeń kiłowych ośr. ukł. nerw. i stwardnienia wieloogniskowego: *„Zespół zapalny endogeniczny“* limfocytoza, wzmożenie ilości białka z silnymi odczynami globulinowymi, krzywe koloidalne po stronie lewej, przepuszczalność opon normalna.

II. Zespół, charakterystyczny dla zapalenia gruźliczego opon i innych zapaleń opon, spraw przewlekłych, niekiłowych, *„Zespół zapalny egzogeniczny“* pleocytoza ze znacznym udziałem leukocytów, wzmożenie ilości białka ze słabymi odczynami globulinowymi, następujące objawy wzmożonej przepuszczalności opon: krzywe koloidalne po stronie prawej, obniżenie ilości chlorków, wzmożenie ilości cukru (lub jego obniżenie, jako objaw zapalny), jak również nieraz ksantochromja luteinowa i siatka włóknikowa.

III. Zespół, charakterystyczny dla zapaleń opon ropnych wszelkich pochodzeń: *„Zespół zapalny ostry“* mętny wygląd płynu, leukocytoza, obniżenie ilości cukru, pozatem wymienione objawy wzmożonej przepuszczalności opon.

IV. Zespół, występujący przy guzach rdzenia i tylnej jamy czaszkowej oraz przy zapaleniach rdzenia poprzecznych: *„Zespół zastoinowy“:* ksantochromja luteinowa i koagulacja płynu (zespół Froin'a), znaczne wzmożenie ilości białka przy braku lub śladzie pleocytozy (zespól Sicard-Nonnego), wzmożenie ilości cukru i wymienione poprzednio objawy wzmożonej przepuszczalności opon.

V. Zespół, występujący często przy miażdżycy i urazach ośr. ukł. nerw. oraz czasem w słabym stopniu przy nowotworach: *„Zespół krwotoczny“:* obecność ciałek czerwonych ksanto- (rubro-) chromja hemoglobinowa, dodatni odczyn na hemoglobinę, różne postacie ciałek białych (o własnościach fagocytar-

nych) oraz wymienione poprzednio objawy wzmożonej przepuszczalności opon.

VI. Zespół, występujący przy reszcie schorzeń organicznych ośr. ukł. nerwowego: *„Zespół wtórnego podraznienia opon“*: limfocytoza, wzmożenie ilości białka, obniżenie ilości chlorków, wzmożenie ilości cukru — wszystko to w niezbyt silnym stopniu, pozatem krzywe koloidalne z pewnem przesunięciem w prawo.

Ten ostatni zespół nie pozwala wprawdzie na odróżnienie poszczególnych chorób tej grupy od siebie, lecz odróżnia je od chorób grup poprzednich, dobrze scharakteryzowanych, oraz od wszelkich schorzeń funkcjonalnych, przy których płyn zmian nie wykazuje.

## DYSKUSJA

**Prof. Grzywo-Dąbrowski** zaznacza, że jest to praca bardzo ciekawa, zrobiona z dużym nakładem pracy, ważna praktycznie co do wyników. Zapytuje prelegenta, jaka ilość przypadków poszczególnych grup chorobowych była badaną, czy była wyrażona różnica w zespole tym przy p.p. a kile mózgu, czy były przypadki krwotoków nadoponowych (haematoma epidurale).

**Dr. Medem**, w odpowiedzi, podaje, że ilość przypadków p.p. badanych było 65 — przypadków krwotoków nadoponowych nie obserwowano.

---

DR. OSKAR BIELAWSKI, Dziekanka, zgłosił referat na temat:

## TAKTYKA KRYMINALNA W ŚWIETLE WIEDZY PRZYRODNICZEJ.

Teoretyczne podstawy prawa karnego, ów fundament, na którym opierają się nieomal wszystkie powiązania karno-prawnego stosunku przestępczej jednostki do społeczeństwa, — są jeszcze, zarówno w naszym kraju jak i zagranicą, nazbyt przesiąknięte duchem scholastycznym, a — wypływając najczęściej wyłącznie z rozumowych przesłanek i konstrukcji logicznych — liczą się zbyt mało z prawami przyrody, które kierując zjawiskami życia, tem samem kierują też i czynami zbrodniarza. Pierwszy przyrodniczy klin zostaje wbity w system prawa karnego z chwilą*) przyjęcia do kodeksu karnego formuły niepoczytalności z powodu choroby psychicznej — formuły więc, w której po raz pierwszy w prawie, zabiera głos przedstawiciel wiedzy przyrodniczej. Odtąd też datuje się stałe jątrzenie tego „obcego“ — dla myśli prawniczej — „ciała“ w łonie prawno-karnego systemu. Dwa różne

*) Czasy Wielkiej Rewolucji, Kodeks Napoleona.

punkty widzenia, a nawet światopoglądy, nie mogą się tu ze sobą pogodzić. Stan walki pomiędzy socjalnymi a przyrodniczymi poglądami znaczy odtąd**) szlak historji rozwoju myśli prawniczej w dziedzinie kryminologji. Autor jest zdania, że w walce tej winien wreszcie zwyciężyć pogląd przyrodniczy. Kryminologja nie jest nauką socjalną, w znaczeniu ścisłem tego słowa, tak jak jest nią np. ekonomja, nauka prawa cywłnego, wekslowego czy międzynarodowego. Kryminologja jest jedynie niejako nauką stosowaną do potrzeb społecznych. Dla zgłębienia podstaw naukowych kryminologji wymagana jest gruntowna znajomość nauk przyrodniczych, *które* dopiero potrafią oświetlić należycie istotne źródła konfliktów karnych i wskażą nam sposoby skutecznego radzenia złu. Istota konfliktów karno-prawnych, mówiąc krótko, polega na fakcie, że każden sztucznie nie pielęgnowany gatunek, a więc i zorganizowany w społeszeństwo gatunek ludzki, składa się z jednostek o różnej wartości z punktu widzenia na postęp i rozwój gatunku. Stąd — wewnętrzne tarcia w łonie społeczeństwa, stąd gros konfliktów natury kryminalnej. W dalszych konsekwencjach takiego naturalistycznego założenia, musi się przyjść do wniosku, że kara, ten do niedawna nieomal jedyny wyraz stosunku społeczeństwa do przestępcy, pojmowana przytem jako reakcja społeczna, winna zmienić zasadniczo swe oblicze i — zbliżając się do pojęcia *kary* administracyjnej i wychowawczej — *winna się stać narzędziem zmierzającem zawsze do jakiegoś realnego celu społecznego,* winna więc nosić zawsze w sobie ten pierwiastek celowości i wreszcie — musi stanąć ona w rzędzie równym z innymi środkami zmierzającymi do tegoż celu t. j. walki ze zbrodnią. Środkami temi są wychowanie, leczenie, unieszkodliwienie sprawcy i inne. Kara, pozbawiona jakiejkolwiek celowości, a stosowana tylko na mocy formuły „kara jest funkcją winy". $K = f(W)$, winna być w naszych czasach uznana za okrucieństwo. W konsekwencji też powyższych rozważań, całokształt praktyk karnych byłoby właściwiej nazwać *taktyką kryminalną,* określeniem zawierającem moment utylitaryzmu w walce ze zbrodnią. Przy takiem oświetleniu rzeczy zniknie też przepaść pomiędzy pojęciami poczytalności a jej brakiem — pojęciami zresztą tak trudnemi do definjowania a budzącemi tak wiele słusznych zarzutów i wątpliwości natury logicznej. *Problem poczytalności jest rzeczą zasadniczą dla prawnika jedynie dopóty, dopóki operuje on pojęciem, wypływającej stąd, odpowiedzialności karnej. Znaczenie pojęć poczytalności i niepoczytalności, w świetle zagadnienia taktyki kryminalnej,*

**) Ściślej, od epokowego dzieła Lombrosa.

*maleje; niejako zastępują je tu zagadnienia natury praktycznej, czy w danym wypadku kara odniesie skutek, osiągnie zamierzony przez prawodawcę cel, czy też nie, i za jakim innym środkiem wypadnie się wówczas obejrzeć.* W wypadkach więc n. p. t. zw. „poczytalności częściowej“, znawca nie ogranicza się jedynie do jej stwierdzenia, lecz oświetla sądowi okoliczności, czy zaaplikowana w stosunku do danego sprawcy taktyka kryminalna w formie kary odniesie swój wychowawczy wzgl. odstraszający skutek, czy nie. Zdarza się bowiem często, że z pomiędzy dwóch jednostek o poczytalności zmniejszonej, jedna z nich „potrzebuje“ kary, dla drugiej zaś taktyka taka nie prowadzi do żadnego praktycznego celu.

Gdyby prawodawca zrezygnował z dotychczasowego systemu karno-prawnego — który go zniewala wiązać fatalnie pojęcie winy z konsekwencjami natury karnej — i traktowałby odtąd swe zadanie jedynie z punktu widzenia osiągalnych dla społeczeństwa korzyści, — natenczas nie miałby też, tyle co dotąd, trudności z definicją niepoczytalności, która była zawsze wadliwa, a która odtąd okazałaby się zbędną. Również i w praktyce sądowej, od ustalenia stanu poczytalności wzgl. jej wykluczenia, ważniejszem stanie się orzeczenie znawcy, — w każdym konkretnym przypadku psychopatologicznej ekspertyzy — czy zamierzona kara będzie miała swój wychowawczo-odstraszający skutek, wzgl. jaki sposób na sprawcę byłby najwłaściwszy.

Wyrażone w tej i następnej rozprawie myśli referenta stanowią niejako streszczenia odnośnych rozdziałów szkicu kryminologicznego autora „O zbrodniarzu i zbrodni“, którego druk rozpoczynamy w niniejszym zeszycie Nowin Psychjatrycznych, w formie dodatku. (Red.).

---

DR. OSKAR BIELAWSKI,
(Dziekanka)
zgłosił referat na temat:

## POSTULATY EUGENIKI A STANOWISKO PAŃSTWA W SPRAWIE SPĘDZENIA PŁODU.

Gdy rozważamy dotyczące doboru rodziców dla przyszłych pokoleń wskazania nauki o polepszeniu ludzkiej rasy, stykamy się wtedy z zagadnieniem potrzeby odnośnego normowania niektórych, najbardziej intymnych przejawów życia jednostek, jakiemi są: wzajemne ciążenie płci i stanowienie o potomstwie. Praktyczne plony wiedzy eugenicznej można osiągać zarówno drogą prywatnej inicjatywy społecznej (uświadamianie obywateli przez odczyty, wykłady, przez urządzanie muzeów itp.), jak też przez odnośne zarządzenia administracyjne czy ustawowe, nakładające na społeczeństwo obowiązek dostosowywania

się do nakazów eugeniki. Już samo spopularyzowanie eugenicznych idej wśród społeczeństwa drogą dobrowolnego ich przyswajania i — co za tem idzie — drogą również dobrowolnego zastosowywania ich w życiu — czyni dziś duże postępy i osiąga realne rezultaty. Nasuwa się jednakże pytanie, czy czynniki kierownicze organizacji społecznej — państwa, które winny dbać w perwszym rzędzie o społeczną wartość swoich obywateli, nie powinne przejąć tej inicjatywy prywatnej, a to w celu zapewnienia ideji tem większych na tem polu sukcesów. Czy nie należy więc przeprowadzać niektóre zasady eugeniczne drogą przymusowo-represyjną, w celu zjednania dla nich większego posłuchu u społeczeństwa? Odpowiedzieć na to można również pytaniem: jakże daleko wolno się posuwać państwu w ograniczeniu swobód indywidualnych, jeśli tego wymaga interes ogółu? Teoretyczna odpowiedź na to jest łatwa: maximum osiągalnego dobra ogółu przy minimum wyrządzania moralnych wzgl. fizycznych dolegliwości jednostce. Nieporównanie trudniej jednak jest zważyć ową quantitas w praktyce. Żyjemy wciąż jeszcze w czasach militaryzmu i fizycznej rywalizacji państw. Każde więc społeczeństwo stoi zawsze w pogotowiu do obrony swych bogactw materjalnych i wpływów, dba w pierwszym rzędzie o zwiększenie ilości żołnierzy i podatników. Stąd — drakońskie prawa karzące surowo spędzenie płodu ludzkiego. W całej Europie, za wyjątkiem jedynie Rosji Sowieckiej, karanym jest jako zbrodnia nawet czyn spędzenia płodu pochodzącego od zgwałcenia. Kobiecie nie wolno przeto wyzbyć się płodu nawet w wypadku, gdy ojcem jego jest zwyrodniały opryszek. Nawet tam, gdzie, według wszelkiego prawdopodobieństwa, można przewidzieć społeczne niedołęstwo i małowartościowość potomka, — prawo nie czyni wyjątków. Rekrucko-podatkowa idea państwowa głuchą jest na wywody statystyczne przemawiają za tem, że państwo, „opiekując się“ niejako — jeszcze przed przyjściem na świat — duchowo i fizycznie charłym obywatelem, — zamiast zyskiwać w ten sposób żołnierza i podatnika, — piętrzy jedynie swe pozycje budżetowe w wydatkach na utrzymywanie więzieni, domów poprawy, szpitali psychjatrycznych, organów bezpieczeństwa publicznego, szpitali itp. Nieśmiałe — podjęte np. w niektórych stanach Ameryki Północnej — próby zajścia do sprawy udaremnienia zwyrodniałego potomstwa od strony innej, mianowicie — przez zarządzenie sterylizacji przestępców, idjotów, i wogóle tych których czynność rozpłodowa jest dla społeczeństwa niepożądana, — wydaje się, nie znajdą większego rozpowszechnienia i ogólnego przyjęcia, zarówno ze względów zasadniczych jak praktycznych. Intencje mijają się tu zresztą z celem. Dla społeczeństwa groźnym jest płód,

państwo zaś wymierza tu ostrze swych (bynajmniej nie obojętnych dla zdrowia) zarządzeń przeciw problematycznemu bądź co bądź — winowajcy, gdyż nie sposób przewidzieć, czy był by on wogóle płodził i czy jest płodny. Pamiętać przytem należy, że kastracja powoduje z reguły okaleczenie też duchowe. Gdyby dalej konsekwentnie wcielać w życie wzmiankowane idee niektórych amerykańskich socjologów, należałoby zastosować je, już w pierwszym rzędzie, do wielu wyradzających się duchowo rodzin — przedstawicieli t. zw. krwi błękitnej.

Jeżeli więc zmierzać do celu drogą prostą—a w myśl przytoczonej na początku dewizy—to punktem ataku dla myśli eugenicznej zostanie zawsze tylko zwyrodniały płód. Stąd wyciąga referent wniosek, że, jeśli daleką jest chwila, kiedy czynniki kierownicze społeczeństwa zrozumieją interes społeczny w przymusowem usuwaniu płodu tam, gdzie rokuje on życie aspołecznemu wzgl. antyspołecznemu obywatelowi, — to należy się jednak spodziewać, że w niedalekiej przyszłości *zniesione zostaną zakazy spędzenia płodu*) w przypadkach, gdy tego wymagają względy na dobro przyszłe rasy ludzkiej.*

---

DR. WICHERT: O ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH I ZMIANACH ANATOMICZNYCH W PRZEBIEGU GRUŹLICZEGO ZAPALENIA OPON.

DYSKUSJA

**Dr. Stryjeński:** Związek przyczynowy między gruźlicą a schizofrenją nie jest ustalony i opiera się głównie na statystycznie wykazanej silnej zapadalności i umieralności schizofreników na gruźlicę. Fakt ten jest skutkiem 1) astenicznej konstytucji, 2) sposobu zachowania się w zakładach (nieruchliwość, niechlujstwo itp.). Gruźlica m a wpływ patoplastyczny w obrazie klinicznym schizofrenji np. odmowa jadła u gruźliczych schizofreników.

**Dr. Wichert,** w odpowiedzi, zaznacza, że przypadek pierwszy jest właściwie katatonją. W zakładach jest pewna ilość chroników asocjalnych, jak np. epileptycy, którzy jednak dają znacznie mniejszy odsetek zejść z powodu gruźlicy.

---

DR. ROZENBLUMÓWNA: ZAKRES KLINICZNY ANOMALJI I CHARAKTERU DZIECIĘCEGO.

---

*) Stosowanie wszelkich środków zapobiegawczych nie wchodzi w rachubę już z przyczyny, że jest niepewne w skutkach; możliwość zaś wyłonienia zakazu ograniczającego dowolne kojarzenia się płci, jest oczywiście zgoła nierealna.

## DR. STERLING: ENDOKTRYNOLOGJA OLIGOFRENJI.

Autor omawia związek oligofrenji z wydzielaniem wewnętrznem gruczołów. Zatrzymuje się dłużej na stanach oligofrenicznych sprzężonych z dysfunkcją *gruczołu tarczowego przysadki mózgowej, szyszynki i gruczołów płciowych.* Analizując zebrany materjał kliniczny, stara się autor rozstrzygnąć dwie kwestje zasadnicze: 1) czy udało się ustalić zależność przyczynową niektórych typów oligofrenicznych od nienormalnej czynności gruczołów dokrewnych i czy 2) istnieją cechy swoiste, na zasadzie których rozpoznać można *gruczołowe* pochodzenie niektórych postaci dziecięcego upośledzenia umysłowego.. — W sprawie pierwszej dochodzi autor do wniosku, że przy dzisiejszym stanie nauki można uznać tylko prawdopodobieństwo związku przyczynowego pomiędzy zaburzeniami w czynności niektórych gruczołów dokrewnych a sprzężeniem z innemi kategorjami oligofrenji, traktując zjawisko to biologiczne jako defekt ogólny energji witalnej, którego oba punkty zaczepne tkwią z jednej strony w zakresie gruczołowo-wegetacyjnym, z drugiej zaś strony w mózgu. Nie posiadamy również danych tak pewnych, któreby umożliwiły nam rozpoznanie poszczególnych typów niedorozwoju jako *swoiście dysendokrynologicznych* — bez współistnienia korelacyjnych objawów cielesnych. Jednakowoż z pewnych faktów już istniejących, a których charakter, jak dotąd jest tylko fragmentatywny (psychopatologja przedwczesnej dojrzałości płciowej, typ pasożytniczy i dysdjastematyczny eunuchoidyzmu), daje się mieć nadzieję, że z biegiem czasu i pogłębieniem nauki o upośledzeniu umysłowem zagadnienie to rozwiązane będzie w sposób pozytywny.

* * *

Referaty do drugiego tematu zasadniczego.

## DR. STEFANOWICZ-MOSKIEWICZ: SELEKCJA DZIECI UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO.

---

## DR. GAWROŃSKI, (Dziekanka) zgłosił referat na temat: PODSTAWY RACJONALNEJ ORGANIZACJI SPOŁECZNEJ W WYCHOWANIU I KSZTAŁCENIU DZIECI ANORMALNYCH W POLSCE. (podany w streszczeniu).

Poczynania, jakie w odradzającej się Polsce dotychczas przedsięwzięto w dziedzinie wychowania i szkolnictwa dziatwy psychicznie anormalnej, są następujące. Z ramenia rządu utworzony został przy Ministerstwie Oświecenia wydział dla szkół specjalnych, w następstwie powstał Instytut Pedagogiki w Warszawie, wydający czasopismo

„Szkoła Specjalna“. Są to przedsięwzięcia podwalinowe, przygotowujące materjał naukowy i zastępy sił wychowawczych pod rozbudowę systemu wychowawczo-szkolnego oraz organizację instytucyj wychowawczych, przeznaczonych dla dzieci anormalnych. Jestto działalność nawskroś racjonalna. Pozatem otwarto szereg szkół specjalnych dla dziatwy anormalnej w Warszawie i w miastach niektórych województw, które to szkoły (za wyjątkiem już dawniej istniejących szkół-internatów dla Ociemniałych i głuchoniemych) nie odpowiadają swemu zadaniu wskutek wadliwej ich organizacji. Są to naogół szkoły przychodnie, nie posiadają internatów, a więc ich wpływy wychowawcze są nikłe, kupią się w miastach, metody nauczania nie odbiegają wiele od metod szkół normalnych, klasy siedzące o nazbyt licznych gromadach dziatwy, a więc zasadnicza ich organizacja stoi w rozbieżności z istotnemi potrzebami dzieci anormalnych. —

Nauka w schroniskach dla dziatwy umysłowo niedorozwiniętej przy Zakładach Psychjatrycznych grzeszy również zbytniem werbalizmem, zasilanym niewystarczającą tu metodą poglądową oraz opiera swoje metody na najsłabszej władzy psychicznie upośledzonego tj. intellekcie, zamiast szukać punktów oparcia na somatycznych właściwościach (np. system mięśniowy), wchodzących tu w grę dzieci. Szkoły powyższe nie uwzględniają też ani w wychowaniu ani w rozwijaniu umysłu dziecięcego czynników społecznych jak indywidualna praca w gromadkach, ożywiona wspólnym celem itp. Prywatne wysiłki, uprawiające sporadycznie tę samą niwę, a znaczące ślady swej działalności już przed wojną, były i są w stosunku do istniejących potrzeb bardzo skromne, ale ponieważ bardziej indywidualizowały zarówno w obserwacji rozporządzalnego i zazwyczaj nielicznego materjału dziecięcego jak i w stosowaniu metod wychowawczo-nauczających, wkraczały przeto nieraz na drogi metodyczne swoiste, rozbieżne z dydaktyką szkoły normalnej, a nawet dochodziły, szukając metod nowych i doświadczając je, do ujęcia takowych w odpowiedni system.

Po tym treściwym (zapewne posiadającym i luki) przeglądzie zabiegów już istniejących wysunąć wypada ze względu na aktualność tej sprawy w kraju naszym główne postulaty w zakresie organizacji opieki nad dziećmi anormalnemi w Polsce, ujmując je w punkty następujące.

1. Szkoły dla dziatwy psychicznie anormalnej winny być internatami tj. instytucjami wychowawczemi par excellence. Wychowanie t. j. kształcenie charakterów oraz przygotowywanie wychowańców do samodzielnego życia w ramach indywidualnych możliwości winno być punktem wyjścia i podstawą do rozwoju umysłowego.

Uwaga. Wszelkich prowizorjów w tej dziedzinie działalności jak wyżej wymienione szkoły przychodnie w miastach z ich przepełnieniem, systemem ławkowym, opieraniem metod mających rozwijać duszę niedorozwiniętą i wykolejoną na obserwowanym modelu, obrazku i słowie, nie powinno się stosować (chyba wyjątkowo w myśl oportunistycznego nakazu („ut aliquid fieri videatur“), gdyż jest to nieprodukcyjny nakład energji życiowej organizatorów i wychowawców oraz pieniądza na torturowanie dziatwy i poświęcającej się tu elity wychowawczej.

2. Internaty szkolne mające opanować całkowicie i wszechstronnie anormalne dusze dziecięce, izolować je od zdegenerowanych rodzin oraz od przyśpieszonego, arytmicznego tętna życiowego, większych miast, winny być organizowane wyłącznie na wsi w bezpośrednim kontakcie z ziemią i przyrodą.

3. Podstawą wychowawczo-nauczającą i punktem wyjścia dla zabiegów około rozwoju somapsychicznego dziecka winna być praca mięśniowa (w formie zabawy ad hoc zorganizowanym, a więc odpowiadającym ilościowej i jakościowej skali popędów i usposobień dziecięcych, warsztacie rolniczo-ogrodniczo-rzemieślniczym) z lekkim przydźwiękiem wpływów intellektualnych, wzmagających się w miarę przyrostu zasobów pojęciowych u wychowańców.

---

Uwaga I. Pierwszym zakładem leczniczo-wychowawczym w Polsce Kongresowej dla dzieci anormalnych był zakład założony w r. 1903 w Warszawie przez Dr. J. Gawrońskiego. Potem powstała szkoła pp. Lublinerowej i Zylberowej w Warszawie, później zakład o charakterze przytułkowym przy Gminie Ewangelickiej tamże. W Krakowie założył zakład wychow. dla dzieci umysłowo upośledzonych prof. J. Piltz, prowadzony obecnie przez Dra Onufrowicza. W r. 1907 powstało uzdrowisko leczniczo-wychowawcze dra J. Gawrońskiego w Vevey (Szwajcarja), przeniesione po wojnie do Wielenia (Poznańskie). Większość tych zakładów z powodu wojny i trudnych warunków materjalnych w kraju istnieć przestała.

Uwaga II. Dr. J. Gawroński. Szkoła Odrodzenia. Nakład Fiszera i Majewskiego Poznaniu r. 1925. Jest to typ swoiście pomyślanej szkoły „Nowej (twórczej)“, jakie już posiada zagranica, nadający się dzięki właściwości swoich metod dydaktycznych i odpowiadających potrzebom dziecka zarówno dla dziatwy normalnej jak i anormalnej.

Wiele też nowych obserwacyj pedagogicznych i pomysłów dydaktycznych z praktyki wygłoszono w referatach na posiedzeniach naukowych Twa Badań nad dziećmi w Warszawie.

4. Internaty szkolne ze swojem podniebiem, rozbudową, podstawowemi zajęciami mają mieć charakter kolonij wiejskich. Kolonja dla dziatwy anormalnej może ze względów ekonomicznych być dość liczną (do 250 dzieci), ale dziatwa musi być rozgrupowana przy właściwym doborze w małe ogniska rodzinne, koedukacyjne, nie przekraczające 6 dzieci (maximum), a to w celu realnego przeprowadzenia indywidualizacji w wychowaniu i szkoleniu, bez której intensywna praca rozwojowa nad dzieckiem anormalnem jest niemożliwa. —

Uwaga ad 3 i 4. Podobnie zorganizowane kolonje dla dziatwy anormalnej są nietylko najracjonalniejsze pod względem wychowawczym, gdyż zbliżają się do osiągnięcia najmniejszym wysiłkiem możliwie największych wyników, ale mają też niepoślednie znaczenie dla przyszłości życiowej swoich wychowanków, bo wdrażają ich w prace, które ułatwią im przyszłe zajęcia zawodowe oraz całokształt ich życia, nadto kierują swój wychowany materjał do wyludniającej się coraz bardziej wsi.

5. Utrzymując dla dzieci anormalnych wszystkich znanych dotąd kategoryj, zdolnych w mniejszej lub większej mierze do rozwoju somapsychicznego i rokujących nadzieję pewnej choć ograniczonej samodzielności życiowej kolonje wychowawczo-szkolne powyższego typu (obacz dla uzupełnienia obrazu system i metody dydaktyczne w pracy „Szkoła Odrodzenia", cytowanej poprzednio), powinno się przeprowadzić ścisły dobór dziatwy do każdej kolonii, a więc np. osobne kolonje dla pozornie mniejwartościowych tj. niedomagających w szkole (les faux anormaux ou les ignorants według Bineta) osobne kolonje dla głuptaków 1. stopnia (les débiles Bineta) i głuptaków 2. stopnia (imbéciles), kolonje ze spotęgowanemi wpływami wychowawczemi dla dziatwy asocjalnej (les instables Bineta), dalej kolonje dla niedorozwojów somapsychicznych na podłożu endokrynnem, itp. gdzie obok dobroczynnych wpływów wychowawczych i rozwijających umysł muszą być stosowane zabiegi lecznicze.

6. Na czele kolonij dla anormalnych powinni stać wykwalifikowani lekarze-wychowawcy.

7. Wychowaniem i kształceniem dziatwy anormalnej zajmują się przybrani rodzice (ojciec, matka lub oboje razem) — wychowawcy i wychowawczynie, wykwalifikowani w specjalnym przedmiocie (przyroda, matematyka itp.) z zakresu szkoły średniej, w kolonjach dla dzieci zdolniejszych umysłowo, w kolonjach zaś dla głuptaków wychowawcy i wychowawczynie wykwalifikowani w zakresie szkoły po-

wszechnej. Obie kategorje muszą być obeznane z zasadami pedagogiki specjalnej.

8. Całością opiekuje się i normuje ją wydział, złożony z lekarzy-wychowawców, z lekarzy szkolnych, resp. z lekarzy pedjatrów i hygjenistów oraz wychowawców przy Ministerstwie Oświecenia. Ministerstwo tworzy Seminarja pedagogiki specjalnej oraz wzorowe kolonje wyż. wymienionego typu, Województwa i Sejmiki tworzą kolonje, kształtowane na wzorach centralnych.

---

DR. GRZEGORZEWSKA: STAN OPIEKI I WYCHOWANIA DZIECI ANORMALNYCH W POLSCE I ZAGRANICĄ.

---

DYR. SIWIŃSKI: PSYCHOPATOLOGJA DZIECKA.

---

## DYSKUSJA

wspólna nad drugim tematem zasadniczym.

**Dyr. Górny** do referatu XIII-go, w sprawie upośledzonych dzieci, zaznacza, że „szkoła matołków" przy Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym w Owińskach egzystuje od 1. 8. 1922. Poprzednio była szkoła specjalna dla Woj. Poznańskiego w Kościanie, założona tamże w r. 1899-ym przy tamtejszym zakładzie psychjatrycznym. Do szkoły matołków w Owińskach uczęszcza obecnie 42 dzieci, i to: 27 chłopców i 15 dziewcząt. Szkoła ma 2 klasy z 4 oddziałami:

1. oddział liczy 15 dzieci,
2. „ „ 13 „
3. „ „ 6 „
4. „ „ 8 „

razem 42 dzieci

Wiek dzieci uczęszczających do szkoły:
od 5. do 14-go roku życia — 24 dzieci,
od 14. do 18-go roku życia — 16 dzieci,
od 18. do 21-go roku życia — 2 dzieci,

razem 42 dzieci

Poziom umysłowy dzieci szkoły podług skali Simon-Binet'a:

J.J. poniżej 25 — 33 dzieci,
J.J. poniżej 40—25 — 6 dzieci,
J.J. poniżej 40—50 — 3 dzieci.

Użyteczność uzyskuje tylko mały procent dzieci szkolnych, ca. 20—25%. Użyteczność ta ogranicza się jednak wobec niskiego myślowego poziomu dzieci tylko do pracy w obrębie zakładu.

Urządzenie szkoły w gabinet pomocy naukowej, sale gimnastyczne, warsztaty wszelkiego rodzaju, ogrody itd. — dobre. Nauką w szkole zajmuje się nauczyciel wykwalifikowany i ochroniarka (wychowawczyni).

**Dyr. Siwiński,** do referatu dr. Rozenblumowej w sprawie dzieci anormalnych: koniecznem jest dokładne opracowanie metod badania dzieci anormalnych, — napotykamy na trudności, które mieliśmy także przy organizowaniu szkół pomocniczych w Łodzi. Konieczne jest założenie internatów dla dzieci mało zdolnych, celem uniknięcia wpływu środowiska. Pożądanem jest, by badanie dzieci w szkołach przez lekarzy-higjenistów było więcej skierowane na indywidualne badanie psychiki i fizycznej konstytucji dzieci.

**Prof. Mazurkiewicz:** podnosząc zgodność krzywych w starszym wieku między badaniem psychologicznem a spostrzeżeniami nauczycieli, zwraca uwagę, że niezgodność w młodszych latach można wytłómaczyć brakami fizycznymi u dzieci (upośledzenie wzroku lub słuchu), a także konstytucją psychiczną.

**Dr. Wiendlocha,** do referatu o dzieciach anormalnych, opisuje rozwój szkoły specjalnej dla dzieci umysłowo niedorozwiniętych w Rybniku na Śląsku i wielkie trudności administracyjnie, jakie trzeba było pokonać. Zaznacza, że kilka dzieci doprowadzono do tego stopnia rozwoju umysłowego, że mogły chodzić do 2-ej, 6-ej lub 7-ej klasy szkoły powszechnej w miejscu.

Jest dalej zdania, że należy więcej uświadamiać społeczeństwo o ważności szkół specjalnych, ze względu już na potrzebę przeprowadzenia obok uczenia leczenia specyficznego, np. organoterapji, kuracji antykiłowej itp., w pierwszym zaś rzędzie przez wzgląd na ważność leczenia psychjatrycznego wnosi, aby rozciągnąć specjalne kompetencje psychjatry na terenie szkół specjalnych dla dzieci psychicznie anormalnych.

**Dr. Stefanowicz:** rozbieżność obserwcaji nauczyciela i wyniki badania psychologicznego dzieci 7-letnich tłómaczy się tem, że wszystkie dzieci 7-letnie są na poziomie rozwojowym odpowiednim dla rozpoczęcia nauki szkolnej, jakkolwiek nie są anormalne. Należałoby przy przyjęciu dzieci do szkół przeprowadzać badania lekarskie i psychologiczne. 14-letnie dzieci, które były badane, uczęszczały do oddziałów 1. lub 2-go szkoły powszechnej. Główną przyczyną braku postępu w danym wypadku może być wrodzony niedorozwój umysłowy.



Dalsze tematy luźne.

## PROF. BOROWIECKI: EPIDEMJA PSYCHICZNA W SŁUPI.

Kilkoro dzieci służby folwarcznej w Słupi Wielkiej pod Środą, które wybrały się zbierać zioła i kwiaty do święcenia w dzień Wniebowstąpienia dnia 14. 8. 1926 r., zobaczyło w pewnem miejscu w polu Matkę Boską. Widzenie to powtarzało się niemal codziennie wieczorem, a fakt ten w kilku tygodniach nabrał tak wielkiego rozgłosu, że coraz to większe tłumy pobożnych i ciekawych gromadziły się w miejscu widzeń dookoła dzieci. W pierwszych dniach września dołączyła

się do dzieci dorosła dziewczyna o usposobieniu wyraźnie histerycznem, która zapadła w stan przypominający niektórym zemdlenie, różniący się jednak od niego zesztywnieniem. W stanie tym miała ona również widzenie. Od dnia następnego wszystkie dziewczynki zapadały wraz z nową towarzyszką w stan podobny, widziały Matkę Boską, a nawet zaczęły Ją słyszeć. Dzień później zaczęła słyszeć Matkę Boską i dorosła dziewczyna.

Referent, dzięki uprzejmości władzy duchownej miał możność badania w klinice neurologicznej Uniwersytetu Poznańskiego trzech dziewczynek (12, 11- i 10-letniej) i dorosłej 28-letniej wizjonerki.

Badania te wykazały najniższą inteligencję (iloraz inteligencji 0,86) u dziewczynki 12-letniej, która pierwsza zobaczyła Matkę Boską i, jak się zdaje, innym Ją pokazała. Dwie drugie dziewczynki (11 i 10 lat) okazały inteligencję znacznie od niej wyższą (iloraz 1,003 i 1,05). Inteligencja dorosłej była niewysoka. Wszystkie wykazały w 5 różnych doświadczeniach nad sugestyjnością wielką podatność na wpływ zewnętrzny. Dziewczynki stały pod tym względem mniejwięcej na jednym poziomie, a największą sugestyjnością odznaczała się osoba dorosła. U najmłodszej 10-letniej udało się nadto wywołać na drodze sugestyjnej widzenie obrazka Matki Boskiej. Nie można było wykryć u badanych zdolności ejdetycznych. Ciekawy wynik dały natomiast badania spostrzegania i wyobraźni przy pomocy testów Rorszacha. Wykazały one wyraźny wpływ dziewczyny dorosłej na pozostałe oraz jednolite nastawienie psychiczne całej badanej czwórki, która widziała wszędzie w podawanych jej obrazach złych duchów i szatanów.

Wielkie znaczenie dla zrozumienia wydarzeń w Słupi noszących piętno wyraźnie epidemiczne mają wywiady, które nic nieomal nie mówią o wizjonerkach samych, świadczą natomiast wyraźnie o wielkiem przejęciu się otoczenia widzeniami dzieci od pierwszej chwili i przynoszą szereg legend o dzieciach, o cudzie, o wyleczeniach cudownych, o karach na niewierzących itd. Legendy te odsłoniły głębsze, pierwotne warstwy umysłu ludzkiego, otaczały aureolą trzy dziewczynki i nałożyły także na innych coś w rodzaju posłannictwa. Były one jakby równoważnikiem widzeń u dzieci: kto nie mógł widzieć Matki Boskiej, mógł choć pośrednio przyczynić się do tej „mszy odprawionej bez księdza", jak ktoś nazwał tłumne gromadzenie się ludności dookoła dzieci.

Zestawienie łańcucha wydarzeń w Słupi pozwala stwierdzić jak zjawisko niemal zupełnie normalne (prawdopodobnie iluzja u pierwszej dziewczynki) dało powód do powstania dalszych zjawisk na tle wybitnej sugestyjności (dalszych widzeń i legend), aż wreszcie ukształtowało

się pod wpływem osoby dotkniętej histerją na modłę histeryczną, a więc przybrało formę nawskroś patologiczną.

DYSKUSJA

**Dyr. Siwiński:** W szpitalu Kochanówka było zajście następujące: gdy zarządzono wykonanie sekcji u zmarłego wyznania mojżeszowego, rodzina — niezwykle liczna — otoczyła laboranta, grożąc mu śmiercią. Gdy na wezwanie wołającego o pomoc personelu przyszedłem, wzmógł się niepokój rodziny. Gdy wszedłem do prosektorjum, trzy osoby z pośród rodziny zmarłego dostały typowego napadu drgawek histerycznych. Dopiero przybycie obcych członków pogrzebu dopomogło nam opanować zajście. Wywiady okazały, iż 3 osoby, które dostały u nas napadu histerycznego, cierpiały na histerję oddawna. Jedna zaś osoba przebywała w zakładzie psychjatrycznym. Obawa przed sekcją wywołała typowe napady histeryczne i spowodowała stan podniecenia z odcieniem agresywnym.

**Dyr. Łuniewski** zapytuje prelegenta, jak kwalifikuje pierwotne ogniwo psychopatologiczne widzeń dziewczynek. W szczególności zapytuje, czy nie można by tych widzeń zakwalifikować jako paraidolji. Poza tem pytaniem zwraca się do prelegenta z prośbą o udzielenie, o ile to możliwe, wiadomości, jak została przyjęta i potraktowana opinja psychjatryczna przez te władze duchowne, które zarządziły poddanie dzieci obserwacji.

**Prof. Borowiecki** nie zgadza się, ażeby miał tu do czynienia z paraidoljami i przytacza opinję Kurji Biskupiej w sprawie wypadków w Słupi.

---

## DR. NELKEN: NIEPAMIĘĆ WSTECZNA PO POSTRZALE GŁOWY, ZABÓJSTWA I SAMOBÓSTWA.

Prelegent podaje przypadek zabójstwa narzeczonej przez 30-letniego podoficera, który bezpośrednio potem przestrzelił sobie głowę w okolicach skroniowych na wylot. Po wyleczeniu chirurgicznem stały się widoczne cechy psychozy organicznej z zupełną niepamięcią wsteczną, która w dalszym przebiegu zredukowała się jedynie do przeżyć kompleksowych (narzeczona — rewolwer — zabójstwo — samobójstwo). W trzy i pół miesiąca po postrzale nastąpił zgon przy objawach ropnia mózgu. — W związku z tym przypadkiem prelegent rozpatruje stosunek luki pamięciowej wogóle do zamroczenia świadomości, zagadnienie niepamięci wstecznej organicznej i czynnościowej, dalej — zaburzenia psychiczne po postrzale mózgu wogóle, wreszcie — kryminologiczną stronę zagadnienia: poczytalność w czasie czynu przestępczego i w czasie postępowania sądowego, z możnością lub niemożnością odbywania kary, oraz sprawy dalszego niebezpieczeństwa dla otoczenia. Wreszcie oświetla zagadnienia t. zw. podwójnego samobójstwa oraz typ przestępczy zabójców kochanek.

---

DYR. AL. PIOTROWSKI, (Dziekanka) zgłosił referat na temat: ZASADY ORGANIZACJI PSYCHJATRYCZNEJ (podany w streszczeniu).

Oryginał drukowany w Now. Psychjatr. 1927, I — II.

Autor omawia organizację spraw psychjatrycznych na ziemiach Polski zachodniej i określa postulaty psychjatryczne, których urzeczywistnienie stanowiłoby dalszy etap w organicznej ewolucji opieki psychjatrycznej.

Organizacja spraw psychjatrycznych na ziemiach Polski zachodniej jest prosta i w ogólności odpowiada potrzebom praktycznym, a postulaty psychjatryczne, które się z czasem z praktyki wyłoniły, łatwo dałyby się urzeczywistnić. Autor pragnąłby widzieć organizację tę rozszerzoną na całe państwo, rozumie się, w formie udoskonalonej i w granicach zakreślonych potrzebami i warunkami życia społecznego.

Autor jest przeciwnikiem ustawodawstwa psychjatrycznego, ponieważ opracowanie i uchwalenie przez Sejm odpowiedniej ustawy psychjatrycznej wymagałoby wiele czasu, a sprawa nie cierpi zwłoki.

Jako najprostszą drogę do celu autor wymienia drogę rozporządzeń administracyjnych.

Organizacja spraw psychjatrycznych drogą rozporządzeń administracyjnych miałaby tę dobrą stronę, że uregulowanie opieki psychjatrycznej nastąpiłoby w krótszym czasie.

Rozporządzenia administracyjne, które okazałyby się nieodpowiednie i niepraktyczne, każdej chwili mogłyby być cofnięte i zastąpione nowemi, odpowiedniejszemi. Ustawa zaś, chociaż błędna w założeniu, treści i formie, musiałaby obowiązywać z konieczności przez długie lata i mogłaby być zmieniona, poprawiona lub uzupełniona dopiero nową uchwałą Sejmu, a do takiej uchwały nie dochodzi się w tempie przyśpieszonem.

Do przeprowadzenia organizacji spraw psychjatrycznych jest potrzebny osobny, samodzielny centralny urząd dla spraw psychjatrycznych. Jego zadania i kompetencje obejmowałyby całokształt spraw psychjatrycznych, nadzór nad opieką psychjatryczną w szpitalach psychjatrycznych, publicznych i prywatnych, w sanatorjach niepsychjatrycznych i w rodzinie, ustalenie przesłanek materjalnych i formalnych przyjmowania i wypisywania chorych, normowanie traktowania chorych pod względem higjenicznym, sanitarno - policyjnym oraz prawnym (w przypadkach ubezwłasnowolnienia), ukształtowanie warunków umieszczania w zakładach chorych kryminalnych i kuracjuszów dobrowolnych.

---

DR. ŁUNIEWSKI: PROJEKT USTAWY O OPIECE NAD PSYCHICZNIE CHORYMI, OPRACOWANY W DEPARTAMENCIE ZDROWIA.

## DYSKUSJA

**Prof. Mazurkiewicz** odczytuje list prof. Radziłłowicza, w którym tenże proponuje

*1) wniosek:* potwierdzić postanowienie I-go Zjazdu psychjatrów w Poznaniu w tej sprawie;

*2) wniosek:* na czele głównego Urzędu Psychjatrycznego powinien stać psychjatra 4-go stopnia służbowego, a wojewódzkiego U. P. — jeden z dyrektorów zakładu danego województwa.

**Dr. Łapiński** widzi wiele usterek w statucie przedstawionym jako szkic, wobec tego błaga, by nie spieszyć się z jego wprowadzeniem w czyn. Statut winien być drobiazgowo przemyślany jak również omówiony na posiedzeniach poszczególnych oddziałów.

Dalej dr. Ł. oponuje, by ostateczna decyzja co do mianowania na zwierzchnie stanowiska zależała od Urzędu Psychjatrycznego. Nie widzi również potrzeby na składanie przysięgi w razie nominacji na dyrektora zakładu.

**Dyr. Łuniewski:** zgadzając się w całej rozciągłości z punktem 1-ym dezyderatu p. prof. Radziwiłłowicza, ma wątpliwość co do racjonalności ujęcia sprawy nadzoru wojewódzkiego w sposób, ujęty przez prof. Radziwiłłowicza w punkcie drugim. Sprawa organizacji wojewódzkiego Urzędu Psychjatrycznego należy do rzędu trudniejszych zagadnień ustawy o opiece nad psychicznie chorymi. Jak ją załatwi komitet w swoim projekcie, powiedzieć trudno.

Osobiście dr. Ł stawia wniosek kolektywnej formy nadzoru w województwach — sądząc, iż zakres spraw, któreby do Urzędu Wojewódzkiego należały, należy do kategorji takich spraw, w których kolektywna forma nie byłaby szkodliwą — może nawet pożyteczną dla sprawy. Wytworzenie dwóch kategorji dyrektorów jednakowych instytucji nasuwa dr. Ł. wiele objekcji zarówno zasadniczej jak i praktycznej natury, których tu dla braku czasu rozwinąć nie może. Ze względu na to, iż uchwały Zjazdu powinny przewidywać obowiązek popierania ich całą siłą przez każdego z uczestników Zjazdu, a więc także i tych członków Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, którzy zasiadają w komitecie psychjatrycznym, i że w razie zapadnięcia uchwały w sprawie tak konkretnej jak organizacja urzędu wojewódzkiego — psychjatrzy zasiadajjący w komitecie mogliby stanąć na mieliźnie w toku opracowywania projektu ustawy, — wobec tego, że sprawa ta nie jest dla wielu członków komitetu dostatecznie jasną, — dr. Ł *stawia wniosek,* ażeby Zjazd nie uchwalał wniosków zbyt krępujących i w szczególności w tej sprawie pozostawił wolną rękę tym dwom członkom, którzy zasiadają w komitecie.

**Dyr. Siwiński:** Konieczne jest ujęcie sprawy kontrolowania chorych o przynależności nieustalonej.

Rozbicie zwrotu kosztów na 3 instytucje stwarza trudności inkasowania należności.

Ustawa mogłaby zobowiązywać gminy do utrzymywania swych chorych mieszkańców, państwo mogłoby samorządom gminnym zwracać połowę kosztów,, zaś za chorych o nieustalonej przynależności winno płacić państwo.

Dr. **Falkowski** proponuje zostawić szczegółowe omówienie projektu do piśmiennego załatwienia, zaznacza tylko, że ustawa powinna być zredagowana możliwie krótko i bardzo ogólnikowo, natomiast powinien być wydany komentarz, do niej bardzo szczegółowy, psychjatrja powinna być niezależną; na czele U. P. powinien stać psychjatra; komitety Centralny i Wojewódzki powinne być nieliczne; głos decydujący powinien mieć psychjatra; zakłady psychjatryczne winne być zależne nie od Woj. Urzędu Zdrowia, lecz od ogólno-państwowych organizacyj psychjatrycznych; sprawa lecznictwa psychjatrycznego nie powinna być uzależniona od komitetów psychjatrycznych, lecz spoczywać wyłącznie w ręku lekarzy psychjatrów; trudno tworzyć komitety psychjatryczne w województwie, w którem niema ani psychjatrów, ani zakładów; kontrola nad lecznictwem psychjatrycznem powinna być wykonywana przez Centralny Urząd Psychjatryczny.

Prof. **Mazurkiewicz** popiera zdanie dr. Łuniewskiego w sprawie drugiego wniosku dr. Radziwiłłowicza.

Dyr. **Bednarz** *proponuje* nie powziąć uchwał wiążących członków komitetu psychjatrycznego wogóle, szczególnie w kwestjach inspekcji psychjatrycznej w województwach.

Dyr. **Łuniewski** podziela stanowisko dr. Bednarza i proponuje pozostawić członkom komisji wolną rękę w decydowaniu o tej sprawie.

Dyr. **Wiendlocha** proponuje na kierownika Woj. Urzędu Psychjatrycznego — dyrektora jakiegoś zakładu sąsiedniego województwa.

Prof. **Mazurkiewicz** stwierdza, że są 3 wnioski i proponuje oddać pod głosowanie wniosek 1) Radziwiłłowicza, 2) dra Bednarza i 3) dra Łuniewskiego. — Dr. Bednarz odstępuje od swego wniosku stwierdzając zgodność jego z wnioskiem Łuniewskiego. Wniosek dr. dr. Łuniewski-Bednarz przechodzi większością głosów (18).

Dyr. **Łuniewski:** Uwagi kol. Łapińskiego, Wiendlochy, Siwińskiego i Stryjeńskiego dotyczą w większości przypadków spraw nie rozpatrzonych i załatwionych po myśli tych kolegów. Dr. Ł. oświadcza, że inne uwagi ponotował także dla zakomunikowania ich komitetom.

---

DYR. AL. PIOTROWSKI, (Dziekanka) zgłosił referat na temat:

## SAMOWYSTARCZALNOŚĆ PUBLICZNYCH SZPITALI PSYCHJATRYCZNYCH (podany w streszczeniu)

Samowystarczalność publicznych szpitali psychjatrycznych jest możliwa. Podstawę do tego należy upatrywać w połączeniu szpitala z obszernem gospodarstwem rolnem i bogato wyposażonymi warsztatami oraz w uproszczonej administracji.

Budżet, rozumnie pomyślany i racjonalnie ułożony w dochodach oraz najdalej posunięta oszczędność w wydatkach, gwarantują samowystarczalność.

W krótkim streszczeniu nie sposób przedstawić wyczerpująco wszystkich pozycycji budżetowych, trzeba się ograniczyć do kilku uwag o oszczędności osiągalnych w gospodarstwie szpitala psychjatrycznego.

Niektórzy autorzy są zdania, że w szpitalach psychjatrycznych nie należy oszczędzać. Społeczeństwo powinno składać na cele szpitalnictwa psychjatrycznego hojne ofiary, albowiem zwyrodnienie, przejawiające się w chorobach psychicznych i cierpienia nagromadzone w szpitalach nie pochodzą jedynie z winy osób dotkniętych, lecz mają swoje źródło także w szkodliwościach zewnętrznych różnego rodzaju, wyjętych z pod wpływów ludzkich. Z drugiej strony choroby psychiczne powstają nieraz na tle ujemnych przejawów cywilizacji i są wyrazem jej błądzenia i przewrotności. Ofiary, które społeczeństwo składa na cele złagodzenia nieszczęścia, przedstawiają zaledwie znikomą cząstkę tych sum, które wydaje się na zbytek i nadużywanie uciech o wątpliwej wartości, prowadzących często do degeneracji i choroby.

Praktyka szpitalna, o ile na jej rozbudowę wpływają względy lekarsko-psychjatryczne, nie powoduje nietylko więcej kosztów i wydatków, niż inne instytucje, lecz może funkcjonować także oszczędnie. Oszczędności w szpitalnictwie są nawet wskazane.

Autor wyróżnia niektóre pozycje, które pozwalają robić oszczędności w wydatkach bez ujmy dla pacjentów.

W zasadzie nie powinno się oszczędzać na żywności, mianowicie w 3 klasie i w djecie. Atoli i w tej dziedzinie przy racjonalnej gospodarce, oględnem i rozumnem szafowaniu materjałem pokarmowem można w warunkach normalnych zrobić oszczędności bez obniżenia skali wyżywienia. Należy tylko ustalić, w jaki sposób odżywia się ludnośc w okolicy, skąd chorzy pochodzą, należy uwzględnić wymagania średniej warstwy ludności pracującej, a więc nie trzeba brać pod uwagę jako miarę porównawczą z jednej strony skalę pożywienia ubogich, z drugiej strony miennych gospodarzy. Ilość pokarmu dla pracującego robotnika wynosi według norm ustalonych przez Voit'a średnio 113 gr. białka, 56 gr. tłuszczu, i 500 gr. węglowodanów, co odpowiada 3055 kalorjom brutto (Atwater podaje brutto 3777, netto 3400 kal., Tigerstädt natomiast podaje brutto 3656, netto 3291 kal.)

Całodzienny pokarm dla robotnicy wyniósłby według Voit'a 94 gr. białka, 45 gr. tłuszczu, 400 gr. węglowodanów, co daje 2444 kalorji brutto, a 2200 kal. netto. Tigerstädt uważa tę ilość pokarmu za niewystarczającą; opinję tę podziela także autor.

Naogół można jednak na podstawie kalkulacji, przeprowadzonej według norm Voit'a, przygotować dostatecznie pożywny i przytem tani pokarm dla chorych, umieszczonych w 3 klasie.

Wszelako, pokarm ten z natury rzeczy nie będzie zawsze jednolity co do jakości i ilości; zależy to od potrzeb fizycznych i psychicznych pacjentów.

Pokarm nadzwyczajny jako droższy może być podawany tylko nielicznej grupie chorych.

Wszelkie dania powinny być podawane na stół w takiej formie i być tak przyprawione, aby chorzy mogli spożywać je łyżką. Pokarm powinien o ile możności być urozmaicony i apetyczny, lekko strawny i zdrowy, powinien zawierać białko, tłuszcz i węglowodany w dostatecznej ilości, ażeby choremu spokojnemu, obłożnie choremu mógł przysporzyć wagi.

Przyrządzenie tego pokarmu nie powinno gospodarce kuchennej przyczyniać zbytnich niedogodności i nie powinno przekraczać stawki budżetowej przewidzianej dla ostatniej klasy.

Materjał pokarmowy należy tak dobierać, aby nie był drogi, nie sprowadzać zbyt małych ilości, bo wtedy żywność podrożeje, lecz także nie gromadzić wielkich zapasów, bo materjały mogą się popsuć, co powodowałoby niepotrzebne straty. Drogiemi są zwykle przyprawy, jednakże w tej pozycji najłatwiej dadzą się zrobić oszczędności; zaleca się przyprawę zredukować, choćby już ze względów higjenicznych, albowiem niektóre przyprawy działają podniecająco na układ nerwowy, więc lepiej nie dodawać ich do potraw. Rozumie się, że chorzy przyzwyczajeni do potraw ostro przyprawionych, będą narazie narzekać na pokarm, atoli z czasem przyzwyczają się do higjenicznego pożywienia.

Należy zważać, czy po obiedzie i wogóle po każdym karmieniu pozostaje dużo resztek. W miarę zwiększania się ilości pozostałych resztek daje się na przyszły raz mniej kartofli, ryżu, jarzyny i t. p. W razie narzekania chorych na niedostateczne porcje zwiększa się porcje dodatkowe. O ile resztki pokarmowe zużyje się dla bydła hodowanego we własnem gospodarstwie zakładu, nic nie zginie.

Oszczędności są większe, jeżeli żywność pochodzi z własnej roli zakładu i jeżeli na niej zatrudnia się pacjentów.

Robocizna, wykonana przez pacjentów, przynosi znaczne korzyści i pozwala zredukować wydatki na robotnika obcego.

Z powodu zatrudnienia pacjentów można zredukować ilość personału i zmniejszyć wydatki na służbę oraz zorganizować odpowied-

nio do nowych warunków i potrzeb tryb gospodarstwa. Zamiast jednego pielęgniarza na 8 chorych, wystarczy wtedy 1 pielęgniarz na 12 chorych. Zmniejszenie liczby personału dozorującego nie wpływa ujemnie na porządek w zakładzie, o ile organizacja służby jest sprężysta i służba sprawnie funkcjonuje. O nieszczęśliwe wypadki jak samobójstwo, śmierć gwałtowna wskutek wypadku: jak utopienie się w wannie, poparzenie itp. nie potrzeba się obawiać.

Praca fizyczna sprowadza sen i zastępuje środki nasenne, zmniejsza zatem wydatki aptekarskie. Jest różnica w wydatkach, zależnie od tego, czy się wydaje dziennie 2 porcje naseników czy 200 porcji. Na ogół chemiczne środki hypnotyczne są zbyteczne. Jeżeli bowiem dorosła, zdrowa osoba, pracująca ciężko cieleśnie, potrzebuje na dobę przeciętnie 7 godzin snu, to chorzy z ostrą psychozą śpiący 4 godziny na dobę, nie potrzebują nasennika, albowiem krótkotrwały sen naturalny jest zdrowszy niż długotrwały sen wywołany środkiem hypnotycznym. Rejestrując dokładnie bezsennych, można się przekonać, że mają oni zwykle krótkie okresy bezsenności. Tym osobom nie warto dawać naseników. Dopiero po trzech nocach bezsennych wzgl. po trzech dniach, w których chory sypiał mniej niż 4 godziny na dobę, zaleca się podać nasennik w wysokiej dawce, np. 0,9—1,2 nirvanolu[1]), poczem przeważnie następuje zaraz albo dzień później krótszy albo dłuższy okres dostatecznego snu. Mężczyźni cierpią mniej na bezsenność niż kobiety. Objaw ten tłomaczy się okolicznością, że mężczyźni poruszają się więcej na świeżem powietrzu, do czego ich pobudza praca w ogrodzie i w gospodarstwie rolnem; w skutek zmęczenia fizjologicznego łakną snu, podczas gdy kobiety, zajęte przeważnie w domu przy bieliźnie, szyciu itp. poruszają się mniej, są mniej zmęczone i mniej odczuwają potrzebę snu.

Zamiast środków chemicznych zaleca się stosować terapję fizykalną w postaci hydro-, elektro i mechanoterapji. Woda, prąd elektryczny, masaż są tańsze niż lekarstwa.

Znaczne oszczędności dają się osiągnąć przy pracach inwestycyjnych, wykonanych przez pacjentów-rzemieślników, zawodowców. Pacjenci z odpowiedniemi kwalifikacjami mogą być zajęci jako siły pomocnicze w biurach, w portjerni, w kuchni, w pralni, w warsztatach, przy pracy domowej na pawilonach, w ogrodnictwie itp. i mogą

---

[1]) cf. Al. Piotrowski: Ueber Hydantoine als Hypnotica. — Med. Wchschr. 1916, nr. 43, Verl. v. J. F. Lehmann, München.

zastąpić najemników, wskutek czego zakład zaoszczędzi dużo wydatków. Dodatkowe dożywianie pacjentów pracujących jest tańsze niż opłata najemników.

Pacjentów fizycznie zdrowych nie należy przetrzymywać w łóżku ze względów psychjatrycznych. Szablonowe leczenie metodą pościelową nie uspokaja bynajmniej chorych podnieconych, a osłabia zahamowanych, wzmaga raczej niepokój i hałaśliwość chorych, którzy pobudzają się wzajemnie wrzaskiem, krzykiem, ordynarnem wymyślaniem, wyskakiwaniem i przeskakiwaniem z łóżka na łóżko i lataniem po sali. Jest zrozumiałe, jeżeli przeniesiemy się w położenie fizycznie zdrowego pacjenta, że osobnik taki bezczynne leżenie w łóżku musi odczuwać poprostu jako torturę. W takich warunkach pościel szybko się niszczy, ponieważ chorzy, pozostający w łóżkach, zanieczyszczają i brudzą ją, wylewając i rozrzucając pokarm, smarując krwią, moczem, kałem, ślinami, rozdzierając ją na strzępy. Obrzydliwe te i niepożądane zjawiska znikają z chwilą zaniechania leczenia metodą pościelową. Jeżeli sypialnie we dnie pozostaną puste, to tem samem pościel i bielizna pozostanie czysta, biała, cała, nie zabrudzona i ulegnie tylko zabrudzeniu zwykłemu wskutek dłuższego używania jak każda pościel domowa zużywana w warunkach normalnych, bo nie ma na sali nikogo, co by ją zabrudził smarowaniem krwią, moczem, kałem, ślinami, pokarmem, niema nikogo, co by ją darł. Sale przewietrzą się i nie cuchną. Chroniąc pościel i bieliznę przed niepotrzebnem przedwczesnem zabrudzeniem i zniszczeniem, robi się oszczędności.

Za uszkodzenie przedmiotów wszelkiego rodzaju, jak pościel, bieliznę, szyby, meble i różne sprzęty przez podnieconych chorych z zapędami niszczycielskimi należy czynić materjalnie odpowiedzialnym personał dozorujący, o ile się okaże, że uszkodzenia nastąpiły z winy służby niedbałej, z powodu niedostatecznego dozoru. Jeżeli nieobowiązkowy personał będzie pociągnięty do odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez chorych niedostatecznie dozorowanych, to wtedy będzie staranniejszy i sumienniejszy, a skutki zapędów niszczycielskich będą rzadsze. Tem samem ochroni się sprzęty od przedwczesnego zniszczenia, co znów powiększy pozycję oszczędności.

Najlepszym środkiem do odwiedzenia chorych podnieconych od zapędów niszczycielskich jest — jak to już poprzednio zauważono — zajęcie i zabawa.

Niejeden chory podniecony z zapędami niszczycielskimi zabawiałby się wybijaniem szyb, łamaniem mebli, rozdzieraniem bieliz-

ny pościeli i powodowałby znaczne straty, gdyby odpowiednie zajęcie nie zmodyfikowało jego zapędów niszczycielskich i zużyło ich dla celów pożytecznych.

Pacjent — dawniej nieużyteczne, nieuniknione zło, — z którem się trzeba było pogodzić — pod wpływem systematycznego wychowania do pracy, przekształca się w wartościowego pomocnika, pozwalającego siły swoje zużytkować dla potrzeb zakładu, staje się towarzyskim, wesołym i lubi się zabawić.

Również na zabawach, przeznaczonych dla chorych, można robić oszczędności, urządzając je własnemi siłami. Własna orkiestra zakładowa, przygrywająca chorym do tańca, przedstawienia teatralne amatorskie, wykonane przez personał i pacjentów, są tańsze niż widowiska aranżerowane przez siły najemne, drogo opłacane. Obecnie radjo i kino przedstawiają wartościowy czynnik, urozmaicający pacjentom pobyt w zakładzie. Jednorazowy wydatek, połączony z instalowaniem odpowiednich aparatów, z czasem oprocentuje się sowicie.

Podczas zabaw zaleca się chorych częstować wodą selterską lub limonadą. Wyrób tych napojów we własnym zarządzie przynosi zysk i tem samem powiększa pozycję oszczędności.

---

DYR. BEDNARZ: RYS PROGRAMU ROZBUDOWY OPIEKI ZAKŁADOWEJ NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W PAŃSTWIE POLSKIEM.

## DYSKUSJA

Dyr. **Morawski.** Zbudowanie zakładów psychjatrycznych nie wyda pożądanych wyników, o ile nie postaramy się o odpowiednią ilość odpowiednio wyszkolonych lekarzy. W 13 zakładach psychjatrycznych mamy 90 etatowych miejsc dla lekarzy (prócz dyrektorów); zajęto 70 miejsc, jest więc 20 miejsc niezajętych. Jakościowo przedstawiają się lekarze: 34 starszych psychjatrów, 24 aysystentów, ludzi niewyrobionych, których część się wycofuje wkrótce.

Jako braki obecne dr. M. uważa to,

a) że lekarze przyjmują dodatkowe prace, gdy powinni być tak uposażeni, by nie potrzebować dorabiać poza zakładem;
b) że nowi lekarze nie przybywają i konkursy pozostają bez wyniku;
c) że kandydatów na wyższe posady brak.

Naogół trzeba już teraz myśleć o przygotowaniu odpowiednich sił, bo przygotowanie trwa dłużej.

Dyr. **Siwiński.** Na terenie Woj. Łódzkiego istnieje silne przepełnienie szpitali psychjatrycznych. Kochanówka na 225 miejsc ma 460 chorych. Konieczną jest rozbudowa szpitala Kochanówki. Obecnie Kochanówka buduje

pawilon dla 80 chorych. Oprócz tego należy jeszcze dobudować 2 pawilony. Zabezpieczy to rozmieszczenie już przebywających w szpitalu chorych.

Do przemówienia dra Morawskiego: koniecznem jest otwarcie katedr psychjatrycznych we wszystkich wszechnicach Państwa Polskiego. Co do uposażenia lekarzy winno ono być uzależnione od pracy naukowej (szybkość awansu).

**Dr. Łapiński.** W opracowaniu racjonalnego planu na lat 25 widzi dr. Ł. objaw wielce dodatni; racjonalny plan nie pozwoli poszczególnym gminom budować poszczególnych oddziałów, szpitalików, — wreszcie przytułków, — już to ze względu na odpowiednie plany, już na miejsce, gdzie ma stanąć dana instytucja. Uważa, że lekarze nie są tak potrzebni, gdyż można sobie odpowiednio wyszkolić personel pomocniczy i na nim całą pracę w zakładzie oprzeć.

**Dyr. Morawski** protestuje przeciw takiemu traktowaniu sprawy.

**Dr. Stryjeński:** Kwestja materjalnego uposażenia lekarzy jest ściśle związana z rozwojem opieki nad psychicznie chorymi i tem samem staje się zagadnieniem pierwszorzędnej wagi. Zagadnienie to winno być rozpatrywane i rozwiązane łącznie z obecnemi usiłowaniami organizacyjnemi. Lekarze zakładowi witają fakt, że obecny Zjazd otwarcie sprawę tę porusza, skąd nadzieja jej załatwienia staje się realną.

**Dyr. Bednarz** zaznacza, że kwestja lekarska została poruszona w jego referacie, lecz nie została przeczytana wskutek ograniczonego czasu, natomiast będzie wydrukowana.

Na tem zakończono część referatową.

* * *

Przewodniczy prof. Mazurkiewicz.

Odczytuje *wniosek delegatów zakładów psychjatrycznych w sprawie utworzenia sekcji zawodowo - psychjatrycznej przy Towarzystwie Psychjatrycznem,* który to wniosek został dnia poprzedniego przyjęty na Walnem Zebraniu Tow. Psychjatrycznego (wniosek dr. Łuniewskiego).

Konkluzje wniosku zdążają do 3 punktów:

1) Przyjęcie tego wniosku przez Zjazd;
2) Skład sekcji zawodowo-psychjatrycznej ma być zadecydowany przez wnioskodawcę dra Bednarza;
3) Prośba do dra Morawskiego o napisanie memorjału uzasadniającego tę sprawę.

Wnioski zostały przyjęte.

Następnie przewodniczący odczytuje wniosek dra Deresza. Dr. Wiendlocha proponuje przyjęcie do wiadomości tych wniosków. Prof. Mazurkiewicz oponuje, twierdząc, że przyjęcie do wiadomości jest równoznaczne z ich poleceniem do wykonania Zarządowi, a w imieniu Zarządu może stwierdzić, że Zarząd nie może wziąć tego na swe barki, gdyż plan jest w niektórych punktach niewykonalny obecnie, — uważając jednocześnie ważność tego planu.

Dr. Bednarz popiera zdanie prof. Mazurkiewicza.

Dr. Siwiński proponuje odłożyć tę sprawę do następnego Zjazdu.

Wniosek dra Siwińskiego przeszedł.

* * *

*Propozycje w sprawie tematów głównych na Zjeździe następnego roku:*

Zgłoszono tematy: na I-y dzień — padaczka;
na II. dzień — psychopatja konstytucjonalna lub psychozy starcze i przedstarcze;
na III. dzień — psychjatrja społeczna i specjalnie sprawa pielęgniarstwa.

Po dyskusji (w której zabierali głos: dr. Bednarz, Morawski, prof. Mazurkiewicz, dr. Stryjeński), przechodzi wniosek dra Łuniewskiego: ograniczenie teoretycznej części do jednego tematu głównego, któremu ma być poświęcony 1-y dzień; 2-go dnia — psychjatrja społeczna; 3-ci dzień zostawić jako rezerwę dla referatów luźnych, ewtl. dla wyczerpania tematów dni poprzednich.

Jako tematy główne przyszłego Zjazdu uchwalono::
I. dzień — padaczka;
II. dzień — psychjatrja społeczna, sprawa pielęgniarstwa.

* * *

*Miejsce przyszłego Zjazdu.*

Zgłoszono następujące propozycje: Warszawa, Kochanówka, Wilno.

Po dyskusji ze względu na rozbieżność zdań przyjęto wniosek dra Łuniewskiego, ażeby sprawę wyznaczenia miejsca następnego Zjazdu powierzyć decyzji Zarządu. Jako termin Zjazdu uchwalono pozostawić Zielone Świątki.

Zestawił Dr. W. Januszewski (Dziekanka).

---

# VII POLSKI KONGRES PRZECIWALKOHOLOWY

**WARSZAWA, 13 — 14 LISTOPADA 1927 R.**
**W GMACHU PAŃSTW. SZKOŁY HIGJENY**
(Chocimska 24 — obok placu Unji Lubelskiej).

## ODEZWA DO SPOŁECZEŃSTWA

Ciężkie położenie ekonomiczne i polityczne, w jakiem znalazła się Rzeczpospolita po odzyskaniu niepodległości, wymaga wytężenia wszystkich sił w celu wzmocnienia i ugruntowania samych podstaw bytu i rozwoju narodu i państwa.

Alkoholizm jest jedną z najcięższych klęsk społecznych, powodujących cały bezmiar zniszczenia pod względem moralnym, fizycznym i materjalnym.

Konieczna więc i niezbędna jest energiczna i wytrwała walka z tą wielką, a tak zadawnioną chorobą naszą — ale walka taka może być skuteczniejszą jedynie wówczas, gdy ją prowadzi się wspólnemi siłami całego społeczeństwa.

Obradom w sprawie wynalezienia i zorganizowania najlepszych sposobów walki z alkoholizmem poświęcony będzie —

VII-my POLSKI KONGRES PRZECIWALKOHOLOWY W WARSZAWIE

w dniach 13 i 14 listopada 1927 r.

Do udziału w obradach Kongresu wzywamy i zapraszamy wszystkie organizacje samorządowe, społeczne, oświatowe oraz tych wszystkich, komu bliską jest doniosłość społeczna i państwowa naszej akcji

Złączmy się wszyscy we wspólnym wysiłku zbożnej pracy dla dobra przyszłych pokoleń!

P R O G R A M

*13. XI. Niedziela*

Godz. 9.30 Nabożeństwo w Kościele Zbawiciela.

„ 10,30 Otwarcie Kongresu, wybór prezydjum i przewodniczących Komisyj. Powitania.

„ 11,30 Prof. dr. Paweł Gantkowski (Poznań) „Jak uczyć społeczeństwo zrozumienia dla nebezpieczeństwa alkoholizmu“.

Godz. 12.15 Ks. Proboszcz K. Niesiołowski (Pleszew) „Zadania duchowieństwa w walce z alkoholizmem".
„ 13. Prof. dr. R. Radziwiłłowicz (Wilno) „Rola i zadanie lekarza w walce z alkoholizmem".
„ 13.40 Pokaz wystawy przeciwalkoholowej przez Mikołaja Skibę.
„ 14.20 Przerwa obiadowa.
„ 16.30 Prof. Adam Wodziczko (Poznań) „Alkoholizm a zwyrodnienie dziedziczne".
„ 17.15 Prof. dr. L. Wachholz (Kraków) „Alkohol a przestępstwo".
„ 18. Prof. dr. Tadeusz Strumiło (Lublin): „Organizacje młodzieży polskiej w walce z alkoholizmem".
„ 18,45 Przerwa.
„ 21. Raut.

*14. XI. Poniedziałek*

Godz. 9.30 Dr. Czesław Wroczyński (Warszawa) „Alkoholizm, a gruźlica".
„ 10.15 J. Glass, Sędzia Sądu Najwyższego (Warszawa) „Udział kolejarzy w walce z alkoholizmem".
„ 11. Dr. Ryszard Kunicki (Kraków) „O roli i zadaniach kas chorych w walce z alkoholizmem".
„ 11,50 Marja Moczydłowska b. posłanka (Wysokie Mazowieckie) „Sejm, rząd i społeczeństwo w walce z alkoholizmem".
„ 12.30 Przerwa obiadowa.
„ 15. Obrady Komisyj.
„ 18. Prof. dr. Władysław M. Kozłowski (Poznań) „Prohibicja w Ameryce" — i jednocześnie obrady Komisji Głównej.
„ 18.50 Zebranie plenarne Kongresu. Uchwalenie rezolucyj. Zamknięcie Kongresu.

*15. XI. Wtorek*

Zwiedzanie miasta. Wycieczki. Teatr. Film Przeciwalkoholowy.

---

Podczas Kongresu otwarta będzie w Gmachu P. Szkoły Higjeny Wystawa Przeciwalkoholowa (13 do 27 listopada) — Kongres poprzedzi: Kurs alkohologji w P. Szkole Higjeny (8—14 listopada).

---

# MEMORJAŁ SEKCJI ZAWODOWEJ P. T. P.

z dnia 25. 9. 27 r. przedłożony Dyrektorowi Dep. Zdrowia przy M. S. W.

Dnia 25. 9. 1927 r. w Tworkach odbyło się posiedzenie Sekcji Zawodowej przy Polskiem Towarzystwie Psychjatrycznem, ukonstytuowanej na mocy uchwały VII Zjazdu Psychjatrów Polskich. Posiedzenie odbyło sę w składzie następującym:

Dr. J. Bednarz (Małopolska) — przewodniczący,
Dr. M. Wiendlocha (Śląsk),
Dr. St. Górny (Wielkopolska),
Dr. H. Smolińska (Pomorze),
Dr. W. Kamiński (Kongresówka) — sekretarz.

Po przeprowadzeniu dyskusji sekcja stwierdziła rozpaczliwy stan szpitali psychjatrycznych w Państwie pod względem obsady przez siły lekarskie. Liczba chorych zwiększa się. Liczba zaś lekarzy wcale się nie zwiększa, raczej się zmniejsza.

Dane z połowy r. 1927 wykazują, iż na blisko 9.300 chorych, znajdujących się w 10 wielkich szpitalach psychjatrycznych Polski, wypada, oprócz dyrektorów, 50 lekarzy, zamiast 93, która to liczba jest potrzebna, aby chorzy byli należycie obsłużeni i leczeni (maksymalna norma na 1 lekarza — 100 chorych, zagranicą — około 50).

W poszczególnych szpitalach stosunki przedstawiają się, jak następuje:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rybnik | około | 780 | chorych | 5 | lekarzy | brak | 3 | lekarzy |
| Lubliniec | „ | 750 | „ | 5 | „ | „ | 6 | „ |
| Kościan | „ | 300 | „ | 2 | „ | „ | 1 | „ |
| Owińska | „ | 910 | „ | 2 | „ | „ | 7 | „ |
| Dziekanka*) | „ | 900 | „ | 2 | „ | „ | 7 | „ |
| Świecie | „ | 750 | „ | 4 | „ | „ | 3 | „ |
| Kocborowo | „ | 1300 | „ | 5 | „ | „ | 8 | „ |
| Kobierzyn | „ | 800 | „ | 5 | „ | „ | 3 | „ |
| Kulparków | „ | 1900 | „ | 12 | „ | „ | 7 | „ |
| Tworki | „ | 860 | „ | 8 | „ | „ | 1 | „ |
| Razem | | 9240 | | 50 | | | 43 | |

*) Przyp. Redakcji: Liczby tyczące Dziekanki nie są ścisłe. W Dziekance jest 1013 chorych i 7 lekarzy.

Bez należytego obsadzenia stanowisk lekarskich oraz zabezpieczenia dopływu świeżych sił, szpitalnictwo psychjatryczne rozwijać się nie może i opiece nad psychicznie chorymi w Państwie grozi jeszcze większy upadek. Tymczasem młode siły nie przybywają, a nawet starsi lekarze odchodzą do innych specjalności. Dzieje się to ponieważ psychjatrja nie może zapewnić lekarzowi dostatecznego bytu, takiego, jak w innych dziedzinach medycyny (chirurgja, choroby wewnętrzne itd.) Psychjatrja musi doznać odpowiedniej opieki ze strony organów rządowych względnie samorządowych, a to przez polepszenie warunków egzystencji lekarzy i umożliwienia im wzbogacania swej wiedzy psychjatrycznej. Wychodząc z tych założeń, sekcja zawodowa przy Polskiem Towarzystwie Psychjatrycznem zwraca się do Departamentu Zdrowia Publicznego przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych z prośbą o wzięcie pod uwagę niżej wyłuszczonych postulatów i uwzględnienie ich przy układaniu ogólno-państwowej ustawy szpitalnej:

1) Dodatek funkcyjny dla pracowników szpitali psychjatrycznych w wysokości co najmniej 30% od poborów ze względu na uciążliwość i wyjątkowe trudne warunki pracy przy umysłowo chorych.

2) Wszyscy pracownicy szpitali psychjatrycznych, jako zmuszeni do mieszkania w obrębie zakładu, powinni otrzymywać mieszkanie, opał i światło in natura, bez potrącenia z poborów.

3) Wyznaczenie w budżetach zakładowych odpowiednich funduszów i upoważnienie dyrektorów do przyznawania gratyfikacji pracownikom na oddziałach szczególnie niebezpiecznych dla zdrowia i życia, wyszczególnianych ściśle w statucie (gwałtowny, kryminalny i t. p.)

4) Przyznanie dyrektorom szpitali, kierującym oprócz lecznictwa wszelkiemi sprawami administracyjno-gospodarczemi dodatku w wysokości 25%.

Uwaga: Dodatki terytorjalne, bądź inne kresowy, stołeczny, komunalny itp.), istniejące na danym obszarze, pozostają w swojej mocy niezależnie od dodatków wyżej wyszczególnionych.

5) W razie ujemnego wyniku konkursu na stanowiska dyrektorów lub lekarzy szpitalnych, władza przełożona danego szpitala ma prawo zaangażować odpowiednio wykwalifikowanego lekarza według swego uznania z poborami o stopień wyższemi od kategorji przewidzianej statutem. W tym wypadku byłaby wymagana zgoda Min. Spraw Wewnętrznych.

6) Stabilizacja lekarzy, którzy odbyli czas asystencki i złożyli odpowiednie egzamina, powinna następować nie później, niż w 3 lata od czasu rozpoczęcia pełnienia funkcji ordynatorskich. Termin ten może być skrócony, nie poniżej roku, na wniosek dyrektora, o ile kandydat wykaże odpowiednie kwalifikacje.

7) 30-letnia praca przy umysłowo chorych upoważnia do otrzymania pełnej emerytury, z zaliczeniem 4 lat za studja wyższe, dla lekarzy, czas ten redukuje się do lat 26-ciu. Praca przy umysłowo chorych w charakterze pracownika kontraktowego, przed stabilizacją, wlicza się do lat emerytalnych.

8) Nominacje i awanse lekarzy w zasadzie odbywają się drogą konkursu, którego warunki określa statut szpitala, uwzględniając specyficzny charakter pracy lekarza zakładowego. Statut szpitalny powinien jednak przewidywać możność obsadzania stanowisk drogą zwykłych nominacji awansów wewnątrz-szpitalnych, o ile tego będzie wymagało dobro szpitala.

9) Aby utrzymać wiedzę lekarzy zakładowych na należytym poziomie, władza przełożona szpitala powinna przeznaczać odpowiedni fundusz na wysyłanie lekarzy na studja dokształcające.

Dr. J. Bednarz, delegat szpitali psychjatrycznych Małopolskich.
Dr. M. Wiendlocha, delegat szpitali psychjatrycznych Śląskich.
Dr. St. Górny, delegat szpitali psychjatrycznych Wielkopolskich.
Dr. H. Smolińska, delegat szpitali psychjatrycznych Pomorskich.
Dr. W. Kamiński, delegat szpitali psychjatrycznych Kongresówki.

---

## Z PIŚMIENNICTWA RODZIMEGO.

Dr. Roman Markuszewicz — PSYCHOANALIZA I JEJ ZNACZENIE LECZNICZE. Nakładem Warszawskiego Kalendarza Lekarskiego. Warszawa 1926.

Książka pisana z wielkim entuzjazmem i nieomal czcią religijną dla teorji Freuda, a przeznaczona jest, jak to zaznacza autor już w przedmowie, dla szerszego ogółu czytelników. Autor zadaje sobie trud zaznajomienie czytelnika przedewszystkiem z leczniczem znaczeniem psychoanalizy.

Autor świadom widocznie szeregu zarzutów czynionych teorji i metodzie Freuda, w książce omawianej staje odrazu w pozycji obronnej, co wynika już chociażby z motto do pierwszego rozdziału, a co wprowadza niepotrzebny niepokój u czytelnika, który słusznie winien oczekiwać od książki — zgodnie z wyrażoną w przedmowie zapowiedzią — pozytywnych dat w miejsce niepotrzebnych prób polemizowania, które zresztą nie mogą licować z bądź co bądź dość elementarnym sposobem ujęcia tematu.

Broszura oddaje dość wiernie podstawowe założenia autora psychoanalizy i dlatego obok stosunkowo nielicznych dotąd przekładów i oryginalnych rozpraw, stanowi niezawodną wartość dla piśmiennictwa naszego.

Szkoda, że autor nie zechciał uzewnętrznić sposobu usystematyzowania materjału przez nadanie tytułów rozdziałom i zaopatrzenie książki w spis rzeczy. Drobny ten brak utrudnia nawet wprawionemu czytelnikowi szybkie orjentowanie się w całości.

Prof. Dr. Grzywo-Dąbrowski, — TAJEMNICA LEKARSKA („Lekarz Polski" rocznik III. nr. 2. 1927).

Po krytycznem oświetleniu obowiązujących dotychczas na ziemiach Polskich ustaw w przedmiocie tajemnicy lekarskiej, — proponuje autor następujące wnioski:

1) Odpowiednie artykuły ustawy postępowania karnego winny być uzupełnione w tym kierunku, żeby i lekarze nie mogli być badani w charakterze świadków co do wiadomości, uzyskanych przez nich z tytułu wykonywania swego zawodu.

3) Nie mogą jednak lekarze odmówić zeznania, jeżeli osoba, której dotyczy uzyskana tajemnica, zwolni od niej lekarza i świadczenia zażąda.

3) Na żądanie wszelkich innych władz lekarz ma prawo wyjawić tajemnicę zawodową, tylko za zgodą osoby, której tajemnica bezpośrednio dotyczy o ile uzna, że ujawnienie tej tajemnicy nie zaszkodzi w jakibądź sposób osobie odnośnej.

4) W świadectwach zgonu wzgl. w innych świadectwach lekarskich, lekarz ma prawo pominąć rozpoznania choroby wzg. przyczyny śmierci, o ile uzna, że takie rozpoznanie może spowodować jakieś niedogodności dla chorego wzg. przykrości dla rodziny zmarłego.

W wypadkach, przewidzianych przez p. 3 i 4 ze względów statystycznych lekarz jest obowiązany do podania rozpoznania choroby wzgl. przyczyny śmierci do odpowiedniego urzędu bez podania nazwiska i adresu osoby odnośnej.

Na zakończenie zwraca się autor z apelem do interesujących się tą sprawą kolegów, by zechcieli wypowiedzieć się w przedmiocie obecnie aktualnym o tyle, że znajdujemy się w przededniu ustalenia polskiej kodyfikacji karnej. O. Bielawski.

ORZECZNICTWO SĄDÓW POLSKICH w sprawach o unieważnienie, rozwód i separację małżeństw, w sprawach o alimentacje, nieślubne, pochodzenie itd. zebrał dr. Zygmunt Mandel, adwokat w Krakowie. W zbiorze tym umieścił autor zasadnicze orzeczenia wydane przez Sąd Najwyższy w Warszawie od początku jego istnienia a dotyczące najważniejszych kwestji prawnych, z tak aktualnej dzisiaj dziedziny prawa małżeńskiego.

Przejrzyście ułożone i zgrupowane orzeczenia zaopatrzone w motywa Sądu Najwyższego ułatwiają nawet laikowi zapoznanie się z stanem ustawodawstwa małżeńskiego oraz judykatury odnośnej we wszystkich dzielnicach Rzeczypospolitej.

Zebranie tych orzeczeń Najwyższej Instancji sądowej w Polsce uwydatnia jaskrawo chaos panujący w ustawodawstwie małżeńskiem, gdyż niejednokrotnie znachodzimy orzeczenia rozstrzygające jedną i tę samą kwestję (np. czy sądy cywilne są związane orzeczeniami sądów kościelnych wydanemi w sprawach małżeńskich) w rozmaity, krańcowo sprzeczny sposób.

MEDYCYNY PRAKTYCZNEJ — redaktor i wydawca dr. Kazimierz Bross — wyszedł zeszyt 4—6. Na treść zeszytu składają się następujące artykuły: J. Brossowa: Józef Lister. — J. Śniegowski: O leczeniu łuszczycy. — M. Szulc-Rembowski: Rozpoznanie początkowej gruźlicy płuc. — K. Bross: Wskazania do zastosowania sztucznej odmy piersiowej w gruźlicy płuc. — P. Schmidt: O przywróceniu dokrewnej czynności gruczołu płciowego (streszczenie). — St. Runge: Próby przeszczepienia gruczołów płciowych u zwierząt domowych. (streszczenie). — W. Janusz: Krytyczne uwagi na temat odbudowy ustrojów. — Przegląd prasy lekarskiej. — Środki lekarskie, zapiski lecznicze. — Wskazówki rozpoznawcze i praktyczne. — Poznańskie Wieczory Lekarskie 1927, Rok II. — Wymiana zdań w zakresie praktyki lekarskiej. — Kronika. — Komunikaty.

DODATEK DO NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH. Do zeszytu niniejszego dołączamy jako dodatek monografję Dr. O. Bielawskiego, lek.-prymarjusza Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka, traktującą „O ZBRODNI I ZBRODNIARZU" ze stanowiska przyrodniczego. Na monografję tę składa się szereg referatów, wygłoszonych przez autora na posiedzeniach lekarskich w Dziekance, które łączy między sobą ta sama myśl przewodnia i które tworzą tym sposobem organiczną całość. Monografja Dra Bielawskiego ukaże się w krótce na półkach księgarskich jako osobny tomik. Na całość składają się następujące rozdziały: Przedmowa autora, — Wstęp, — Ewolucja pojęć karno-prawnych, — Zbrodniarz a społeczeństwo, — W poszukiwaniu źródeł przestępstwa, — Polityka kryminalna, — „taktyka kryminalna". — Nauka prawa karnego

## PERSONALJA.

**Ruch lekarzy w Krajowym Zakładzie Psychjatr. Dziekanka za Rok 1927**

W miesiącu marcu: dnia 1 przybył Dr. M. Luziński, dnia 31 odszedł Dr. St. Oberc. W miesiącu sierpniu: dnia 24 przybył p. Stefan Galon. W miesiącu wrześniu: dnia 13 odszedł Dr. Januszewski. W miesiącu listopadzie: dnia 6 przybył Dr Staszkiewicz, dnia 10 — Dr Bernardzikowski, dnia 14 odszedł Dr. Luziński, dnia 16 przybył Dr. Zajączkowski. W miesiącu grudniu: dnia 3 przybył Dr. Potencki.

# Errata.

Strona 266. 10 w. od dołu

| Wydrukowano: | Winno być: |
|---|---|
| „taktyka kryminalna". — Nauka prawa karnego. | Nauka prawa karnego a „taktyka kryminalna". |

Str. 226. 1 wiersz od dołu

| | |
|---|---|
| przybył | objął posadę |

# SKOROWIDZ AUTORÓW.

Liczby tłustym drukiem oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen.

---

## SKOROWIDZ MATERJAŁU.

(Liczby tłustym drukiem oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen, omawiające odnośny materjał).